



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem
de Reabilitação a pessoa com alterações
neurológicas, dependente no autocuidado –
contexto domiciliário**

Andreia Margarida dos Santos Duarte, Nº 15251

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Portalegre, setembro de 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem
de Reabilitação a pessoa com alterações
neurológicas, dependente no autocuidado –
contexto domiciliário**

Andreia Margarida dos Santos Duarte, Nº 15251

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Portalegre, setembro de 2020

Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário|

GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS, DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO – CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Andreia Margarida dos Santos Duarte

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Canhestro

Arguente: Professora Doutora Eugénia Grilo

Orientador: Professor Doutor César Fonseca

23 de novembro de 2020

AGRADECIMENTOS

As minhas palavras são de profunda gratidão a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram a realização deste trabalho académico, em especial deste percurso formativo, tendo contribuído para o meu sucesso.

À família Matos e Dimas pela amizade e palavras de incentivo nos momentos mais difíceis, por terem sido um porto de abrigo sempre.

Às minhas companheiras neste percurso Ana, Marta, Rosa e Anabela sem vocês não teria sido a mesma aventura.

À minha família e ao meu companheiro que sempre me impulsionaram, tendo-me acarinhado em momentos de maior dificuldade.

Ao professor Doutor César Fonseca, por todo o apoio e disponibilidade demonstrada, pela exigência e por tudo o que me ensinou ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros especialistas, Juliano Branco e Paula Rocha que me acompanharam, partilharam os seus conhecimentos e experiências singulares.

À minha equipa de trabalho pela compreensão, facilitação e todo o apoio dado durante este percurso.

A todas as pessoas que me permitiram prestar cuidados, tendo contribuído para o meu crescimento a nível pessoal, profissional e académico.

RESUMO

O número de pessoas com alterações do foro neurológico, com idade superior a 65 anos de idade tem vindo a aumentar ao longo dos anos. A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa a capacitação da pessoa para a execução dos seus autocuidados e a demonstração dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo comprovar a qualidade dos cuidados prestados. Este relatório desenvolveu-se através da aplicação de uma proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, seguindo a metodologia qualitativa de Robert Yin (estudos de caso múltiplos), a teoria de médio alcance de Lopes e o modelo de Fonseca e Lopes, baseado na teoria do défice do autocuidado de Orem. A intervenção realizada mostrou os ganhos sensíveis aos cuidados da enfermagem de reabilitação. Este relatório permitiu a demonstração da aquisição de competências na área de especialidade de enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Autocuidado, Distúrbios neurológicos, Educação.

ABSTRACT

The number of people with neurological changes, over the age of 65 has been increasing over the years. The intervention of the rehabilitation nurse aims at training the person to perform their self-care and a demonstration of the results obtained in the rehabilitation nursing care, allowing to prove the quality of the care provided. This report is revealed through the application of a structured intervention proposal for rehabilitation nursing care, following the qualitative methodology of Robert Yin (multiple case studies), the medium-range theory Lopes and the model de Fonseca and Lopes, based on Orem's self-care deficit theory. The intervention shown in the gains associated with nursing. This report complements the demonstration of the acquisition of skills in the area of specialty of rehabilitation nursing and master in nursing.

Key words: Nursing, Rehabilitation, Self-care, Neurological disorder, Education.

ÍNDICE FIGURAS

Figura nº 1 – Seleção de artigos.....	P.26
Figura nº 2 – Modelo de autocuidado para enfermagem de reabilitação- uma proposta de cuidar	P.34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Análise PICO.....	P.25
Quadro nº 2 – Apresentação dos resultados	P. 29
Quadro nº 3 – Intervenções de Enfermagem na dimensão	P.30
Quadro nº 4 – Intervenções de Enfermagem na dimensão física	P.38
Quadro nº 5 – Intervenções de Enfermagem na dimensão comportamental e cognitiva	P.39
Quadro nº 6 – Intervenções de Enfermagem na dimensão emocional/psicossocial	P.39
Quadro nº7 – Caracterização sociodemográfica	P.43
Quadro nº 8 – ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A1	P.45
Quadro nº 9 – ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A2	P.46
Quadro nº 10 – ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A3.....	P.47
Quadro nº 11 – ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A4	P.48
Quadro nº 12 – ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A5	P.49
Quadro nº 13 – Resumo das intervenções realizadas do plano de intervenção	P.59

LISTAGEM DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diárias

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

ENCS – Elderly Nursing Core Set

ER – Enfermagem de Reabilitação

MS- Ministério da Saúde

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO	13
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	17
2.1- ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	17
2.2- MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	20
2.2.1- Revisão sistemática da literatura.....	25
2.3- JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	31
3- METODOLOGIA	35
3.1. POPULAÇÃO-ALVO	35
3.2 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	36
3.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	40
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
4. RESULTADOS	43
5. DISCUSSÃO	51
6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	60
6.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	61

6.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	65
CONCLUSÃO	67
BIBLIOGRAFIA.....	69
APÊNDICES	77
Apêndice 1- Consentimento Informado.....	78
ANEXOS	80
Anexo I- Declaração de aceitação da RSL para publicação	81

INTRODUÇÃO

O presente relatório está integrado na unidade curricular Relatório, que engloba o plano de estudos do mestrado em enfermagem em associação de escolas superiores de Enfermagem e de Saúde de Portalegre, Beja, Évora, Setúbal e Castelo Branco. Foi elaborado respeitando as regras de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre que estão definidas conforme as normas de referenciação bibliográfica do estilo American Psychological Association (APA), 6ª edição.

A produção deste relatório decorreu durante o momento de aprendizagem integrado no estágio final, no período de 19 de setembro de 2019 a 13 de janeiro de 2020, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Os ensinamentos clínicos são uma mais-valia como metodologia de aprendizagem, uma vez que, promovem o crescimento pessoal e uma melhor preparação profissional para o futuro (Pereira, 2012). Deste modo, a realização do relatório assumiu-se como parte do percurso formativo para a aquisição de competências, com o intuito de interligar os conhecimentos apreendidos nas restantes unidades curriculares com os conhecimentos na prática diária de cuidados especializados.

Foram prestados cuidados de enfermagem especializados a pessoas com alterações da funcionalidade consequente de lesões neurológicas. O foco dos cuidados foi direcionado para a intervenção da pessoa com alterações neurológicas e défices no autocuidado em contexto domiciliário, indo de encontro aos objetivos deste relatório. É salientada assim, a importância da reabilitação em saúde em que o propósito é permitir que a pessoa recupere uma função ou uma atividade que tenha perdido devido a uma doença ou a um traumatismo, orientando os cuidados de saúde para as sequelas de um distúrbio que gera incapacidade ou disfunção (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) em toda a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de forma a: assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa; prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais; manter ou recuperar a independência nas atividades de vida; minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e motora, utilizando técnicas específicas de reabilitação; a educação da pessoa e cuidadores para a continuidade dos cuidados e reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2019).

O autocuidado tem mostrado ter algum destaque na saúde, na medida em que têm sido vários os fatores que contribuem para esse fenómeno tais como: as alterações dos padrões e prevalência de doenças

crónicas associadas ao envelhecimento da população e a mudança do paradigma da prestação de cuidados, que passou de uma lógica de cuidados curativos para um maior enfoque nos cuidados orientados para a promoção da saúde (Petronilho, 2012), deste modo o EEER através da sua intervenção consegue através da sua ação consegue prevenir complicações havendo uma diminuição dos custos no sector da saúde. A economia no sector da saúde com recursos limitados leva a internamentos hospitalares mais curtos, mostrando assim a importância dos cuidados de proximidade no domicílio e a necessidade de capacitação das famílias/cuidadores para uma nova fase da saúde da pessoa (Petronilho, 2012). O maior acesso à informação por parte da população, capacita os indivíduos na tomada de decisão em questões ligadas a saúde, assim como estratégias de abordagem para melhorar a sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2012). O EEER é o elemento da equipa multidisciplinar que potencia esse envolvimento junto da família no contexto domiciliário, dado que atua como agente de autocuidado no processo saúde-doença, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem com o intuito de manter/melhorar a sua saúde visando atingir a máxima capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

O desenvolvimento deste relatório teve como principais objetivos: descrever o desenvolvimento de competências de enfermeira de reabilitação; avaliar a funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade com alterações neurológicas; desenvolver o plano de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice de autocuidado e os ganhos sensíveis aos cuidados de ER à pessoa com alterações neurológicas. Com o alcance destes objetivos pretende-se a obtenção do grau de EEER dado que este detém um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com sequelas de doenças agudas, crónicas, maximizando o seu potencial funcional e independência, promovendo desta forma a sua autoestima e a máxima satisfação da pessoa (OE, 2019).

O paralelismo entre aquilo que liga a teoria e a prática, levando a procura de estratégias para a obtenção de resultados, cria a necessidade de seguir uma linha metodológica para ir de encontro ao objeto de estudo em questão. Deste modo, os cuidados prestados de ER devem integrar os resultados dos estudos e as orientações para as boas práticas, sustentados na evidência científica, fundamental para a melhoria da qualidade do exercício profissional e dos cuidados prestados à pessoa (OE, 2018).

A descrição metodológica realizada visa o desenvolvimento de competências em ER, realizando o tratamento dos dados de forma exploratória. Assim, pretende-se descrever cada um dos casos estudados tendo em conta a perspetiva metodológica da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006). Esta teoria baseia-se na intervenção relacional terapêutica entre enfermeiro-doente, apoiada na caracterização da natureza desta relação; na avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica, compostas por estratégias,

organizadas e desenvolvidas num processo de mútua influência e interação, permitindo ter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados, através do modelo de Fonseca e Lopes (2014).

Optou-se pela metodologia de Estudos de Caso de Robert Yin (2018), em que Yin defende que este método preconiza a presença de uma necessidade para conhecer um determinado fenómeno social complexo, que permite ter uma perspetiva holística, em estudos de ciclos de vida ou de comportamentos de pequenos grupos. Assim, decidiu-se pela realização do estudo de caso múltiplo dado que cada estudo deve ser cuidadosamente selecionado, para que os casos produzam resultados idênticos, ou que conduzam a resultados diferentes e possam ser comparados (Yin, 2018).

Foram também elaboradas notas de campo, reproduzidas no final de cada sessão de treino, após processo de observação, para um diário (Lopes, 2006). Partindo desta premissa, são definidos e planeados os objetivos do trabalho, escolhidos os estudos de caso com a orientação do enfermeiro supervisor, realizada a preparação e colheita de dados e, finalmente, feita a análise e a conclusão decorrentes dos dados encontrados.

Dado o enquadramento subjacente, foi implementada uma estratégia profissional de intervenção tendo como finalidade o estudo dos ganhos que advém da intervenção do EEER. A estratégia adotada tem especial enfoque no domínio do autocuidado, conceito central para a Enfermagem, abordando as variáveis da dependência e comorbilidade, fazendo-nos refletir sobre um tema que parece inovador pelas relações que se estabelecem nesta rede conceptual. Pretende-se ainda dar contributos válidos a disciplina de Enfermagem, mais concretamente a ER, através da ação em contexto clínico (Lista, 2018).

O trabalho desenvolvido encontra-se dividido por quatro capítulos. No primeiro capítulo analisa-se o contexto onde se desenvolveu o plano de intervenção e as suas especificidades. No segundo capítulo, faz-se o enquadramento dos modelos teóricos e concetuais da intervenção profissional e ainda a descrição das alterações epidemiológicas e demográficas que ocorreram nos últimos tempos, situando para a realidade portuguesa. Após a revisão da literatura é referida e evidenciada a pertinência da investigação. No terceiro capítulo é identificado o desenho metodológico, os resultados alcançados e sua discussão. O capítulo quarto destina-se à análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências propostas. Por fim, é realizada a conclusão deste relatório onde são descritos os pontos mais relevantes do trabalho desenvolvido.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Os cuidados de saúde primários constituem a primeira via de acesso da pessoa à prestação de cuidados de saúde, tendo como funções a promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde [MS], 2008).

O decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro e portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro sustentam o enquadramento legal dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES), que estão integrados nas Administrações Regionais de Saúde. As unidades funcionais que integram os ACES são: as unidades de saúde familiar (USF); unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); UCC, unidade de saúde pública (USP); unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); podendo ainda incluir-se outros serviços que sejam considerados necessários pelas administrações regionais e saúde (MS, 2008). Os ACES têm como missão: garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica; desenvolver atividades no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença; realização de atividades no âmbito da investigação; vigilância epidemiológica e respetiva avaliação dos resultados; participam também na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases (MS, 2008). O seu âmbito de intervenção é de base comunitária e populacional, personalizado havendo livre escolha do médico de família pelas pessoas e no exercício de funções de autoridade de saúde (MS, 2008).

Nesta base de sustentação foi criado o ACES onde é integrada a UCC pertencente ao ACES de uma região de Lisboa onde foi realizado o Estágio Final. Segundo o decreto-Lei nº38/2008 de 22 de fevereiro a UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, à pessoa, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de prevenção.

A UCC onde foi realizado o estágio foi homologada a 18 de outubro de 2010. A sua área de abrangência são 2 concelhos, abrangendo 10 freguesias, perfazendo o total de 16033 habitantes. Esta UCC tem como objetivos: a promoção e vigilância da saúde; a prevenção; o diagnóstico; o tratamento da doença transversalmente ao planeamento e a prestação de cuidados. Outro dos objetivos é o desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente a pessoa, família, grupos vulneráveis e à comunidade.

Esta unidade de saúde tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho. Tem como visão ser referência

de boas práticas de prestação de cuidados de proximidade, com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos cidadãos/famílias/grupos mais vulneráveis. Rege-se por valores como o da cooperação; exigida a todos os elementos da equipa para o alcance dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade aos cuidados de saúde; Autonomia, assente na organização funcional e técnica. Realiza uma articulação entre outras Unidades Funcionais do ACES, bem como parcerias com entidades da comunidade local.

A equipa é constituída por sete enfermeiros. Os indicadores contratualizados pela unidade, que estão no compromisso assistencial que estão diretamente ligados ao trabalho desenvolvido pela equipa de ECCI, no âmbito da ER são: taxa de incidência de úlcera de pressão durante a integração na ECCI; taxa de resolução da ineficácia /compromisso na gestão de regime terapêutico; proporção de pessoas com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor e proporção de pessoas com melhoria no nível de dependência do autocuidado. Perante o trabalho desenvolvido pela equipa de ECCI indo de encontro a estes indicadores, o ensino clínico desenvolveu-se no âmbito da aquisição das competências, tendo por alicerce estas premissas. Foi desenvolvido um trabalho em torno das mesmas, dado que o desenvolvimento de competências transcende o percurso formativo, uma vez que deve ser situado também no contexto das práticas, tendo subjacente o meio organizacional onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem (Gomes, 2006). A competência resulta de conteúdos de múltiplos saberes afins às diferentes áreas de conhecimento, mas ultrapassa a aquisição desses saberes, implica a capacidade de questionar a natureza do conhecimento (Gomes, 2006).

A ECCI onde foi desenvolvido o estágio é parte integrante da RNCCI que tem um papel importante na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência. Esta surgiu como resposta ao crescente envelhecimento da população portuguesa e ao consequente aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado (Petronilho, *et al.* 2017).

A RNCCI foi criada em 2006 e resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. Tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência. Os cuidados prestados visam a recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar (Instituto da Segurança Social [IP], 2019).

O seu modelo conceptual encontra-se assente na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de modo a que esta recupere as suas funcionalidades afetadas pela situação de saúde baseando-se na continuidade de cuidados (Missão para os cuidados de saúde primários, 2007). A

prestação de cuidados tem como ponto basilar dois eixos: o nível de dependência da pessoa dependente e o potencial de recuperação da autonomia; outro eixo surge da necessidade de capacitar a família cuidadores para cuidar de seus familiares (Petronilho, *et al.* 2017). Assim, os cuidados de saúde domiciliários prestados pelas equipas da RNCCI, além de se ajustarem às características dos pessoas/famílias e cuidadores, representam uma responsabilidade para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, agilizando respostas integradas que satisfaçam as necessidades específicas desta população (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social. Proporcionam a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não necessita de internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de junho).

Deste modo é pertinente aprofundar a intervenção da ECCI no que concerne ao desenvolvimento dos cuidados de reabilitação na comunidade. Em resultado do envelhecimento, o número de pessoas idosas com limitações nas suas AVD atualmente é muito significativo. As consequências profundas e duradouras do envelhecimento da população portuguesa trarão grandes oportunidades e novos desafios. As instituições prestadoras de cuidados de saúde têm, portanto, um papel muito importante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta os cuidados, bem como da população candidata a esta prestação (Missão para os Cuidados de saúde primários, 2007). Assim, corrobora-se com a necessidade da existência do EEER, assim como cuidados de reabilitação dado que

“envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições e que deve ter como objetivo comum, a melhoria e a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas, preservando a capacidade de viver de cada pessoa e a envolver no seu autocuidado” (Faro, 2006:129).

A pessoa é o alvo principal dos cuidados de ER e tanto pode ser a pessoa que apresenta dependência, como o cuidador (Alves, 2012). Por esta razão pode-se afirmar que os cuidados de ER permitem à pessoa dependente e ao cuidador o desenvolvimento de competências com o objetivo da promoção da autonomia (Pereira, 2012). A sua recuperação da pessoa dependente interfere na dinâmica familiar uma vez que aumenta o trabalho/responsabilidade da pessoa prestadora de cuidados (Pereira, 2012). O facto de estes cuidados serem prestados no domicílio, abrangendo estas pessoas, possibilita uma melhor recuperação e uma melhor aprendizagem, porque são realizados nas condições reais do seu dia-a-dia (Alves, 2012).

O Referencial do Enfermeiro, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2009), ao nível da RNCCI, afirma que o EEER cria, procede a implementação e monitoriza planos de reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica. Posto isto, a ECCI onde foi desenvolvido este estágio, proporciona a população os cuidados de reabilitação necessários, através do EEER estes desenvolvem vários programas: treino cognitivo; motor e treino de AVD, desenvolvendo uma ação muito importante principalmente junto das pessoas com alterações neurológicas, muitas das vezes sem qualquer tipo de estimulação, perdendo a capacidade para realizar as suas AVD, não havendo a promoção do autocuidado.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo refere-se à fundamentação teórica da estratégia de intervenção profissional, que permitiu a aquisição de competências de EEER. É contemplado um breve enquadramento teórico, abordando a temática do autocuidado, uma perspetiva epidemiológica dos distúrbios neurológicos em Portugal e uma revisão sistemática da literatura (RSL) como método de aquisição de novos conhecimentos.

O EEER exerce uma ação preponderante na qualidade de vida da pessoa através da ação das suas intervenções. Deste modo, o EEER no contexto domiciliário tem um papel importante na reabilitação da pessoa com alterações neurológicas, pois intervém adaptando-se sempre à realidade que a pessoa encontra todos os dias em sua casa, tendo uma intervenção personalizada. Surge, a pertinência da adaptação do modelo de autocuidado de Orem (2001), que é composta por três subcategorias: teoria do autocuidado; teoria do défice do autocuidado e a teoria do sistema de Enfermagem. Para esta teórica um dos objetivos de enfermagem é assistir a pessoa nas suas necessidades do autocuidado e permitir o retorno da pessoa ao mesmo (Hoeman, 2011). O enfermeiro é o profissional de saúde responsável na prática de ensinos visando o autocuidado, capacitando a pessoa para cuidar de si (Braga & Silva, 2017).

A Especialização em Enfermagem de Reabilitação, oferece ferramentas que englobam a aquisição, de competências promovendo o progresso dos cuidados de enfermagem nomeadamente: a aprendizagem de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem; a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações; coordenação de equipas; planejar e organizar atividades de formação; realizar e participar em estudos de investigação; orientar equipas de saúde; promover a reflexão sobre as práticas; e elaborar projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e de reabilitação (Gomes, 2006).

2.1- ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

A população alvo da intervenção deste relatório são pessoas com mais de 65 anos assim neste capítulo, realizou-se uma abordagem ao envelhecimento correlacionando-o com a teoria de Orem (2001).

A velhice não tem um tempo para surgir, o processo de envelhecimento altera a relação da pessoa com o seu meio envolvente (Vieira, Amaral & Sousa, 2016). Então, a medida do sucesso dos cuidados de saúde passa pela qualidade de vida da pessoa e pela sua capacidade em realizar as suas AVD (Umphred, 2010).

O envelhecimento demográfico é mais acentuado nos países desenvolvidos, estando relacionado com as melhores condições de vida, com maior controlo de doenças e com acesso aos cuidados de saúde mais

facilitados, tendo como consequência o aumento da esperança de vida, implicando a necessidade de implementação de novas políticas que vão de encontro à população mais envelhecida (Vieira *et al.*, 2016).

As políticas de saúde para o envelhecimento, englobam um conjunto muito alargado de organizações apontando para a necessidade de desenvolvimento de políticas de cuidados e organização dos seus recursos com base nas necessidades funcionais das pessoas idosas (Fonseca, 2014). Não obstante, em Portugal mantém-se um planeamento dos cuidados às pessoas idosas assente em indicadores de doença (Fonseca, 2014). A população portuguesa, residente em Portugal entre 2008-2060 aponta para que a tendência do envelhecimento demográfico em Portugal se mantenha. Estimando-se que em 2060, haja três pessoas idosas por cada jovem (Vieira *et al.*, 2016).

As novas políticas de saúde e sociais devem permitir que as pessoas idosas continuem a viver nas suas casas com qualidade de vida e com autonomia, impondo-se este desafio ao apoio domiciliário que é prestado e que deve envolver a promoção da autonomia e maior humanização e adequação dos cuidados (Vieira *et al.*, 2016). Desta forma, incute-se a promoção do bem-estar físico, social e mental com a participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, objetivos e capacidades (Vieira *et al.*, 2016). O EEER perante a pessoa idosa, e a sua incapacidade procura que esta desenvolva competências necessárias para voltar a desempenhar as suas atividades (Vieira *et al.*, 2016). O envelhecimento é visto como um fator de risco para o declínio cognitivo e agravamento da mobilidade (Gomes *et al.*, 2015), o que associado a doenças neurológicas este risco é agravado. Estima-se que as alterações neurológicas afetam um bilião de pessoas em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016), valor esse que tem tendência a aumentar devido ao envelhecimento da população (OMS, 2016).

As doenças neurológicas são frequentes em pessoas idosas, afetando entre 5% e 55% das pessoas com 55 anos ou mais. Estão associadas a um alto risco para a saúde, incluindo mortalidade, incapacidade, institucionalização e hospitalização (Callixte *et al.*, 2015). Os distúrbios neurológicos representam um risco aumentado de deficiência funcional e mortalidade em população idosa em geral (Czira *et al.*, 2014).

Entende-se por doença neurológica as doenças do sistema nervoso central e periférico, que incluem: distúrbios como epilepsia; doença de Alzheimer e outras demências; doenças cerebrovasculares incluindo acidente vascular cerebral (AVC) e enxaqueca; esclerose múltipla, doença de Parkinson; neuroinfecções; tumores cerebrais; distúrbios traumáticos do sistema nervoso devido a traumatismo craniano e distúrbios neurológicos tendo como resultado a desnutrição (OMS, 2016). Os distúrbios neurológicos são frequentemente associados a uma ampla gama de deficiências físicas e psicológicas, que requerem uma gestão interdisciplinar por parte das equipas de saúde (Czira *et al.*, 2014). Muitas infeções bacterianas,

virais, fúngicas e parasitárias podem afetar o sistema nervoso, sendo que a sintomatologia pode ocorrer devido à própria infecção ou devido a uma resposta imune (OMS, 2016).

O sistema nervoso central pode sofrer alterações diretas ou indiretas por várias doenças, sejam elas primárias intrínsecas do próprio sistema nervoso central, ou secundárias, doenças sistêmicas com comprometimento neurológico (Pereira, 2010). Os sintomas neurológicos podem ser classificados em: motores (fraqueza muscular, movimentos involuntários, incoordenação); sensitivos (dor, parestesias, vertigens, perda da audição, comprometimento da visão, distúrbios do nível de consciência) e das funções cognitivas (afasia, apraxia, agnosia, amnésia, delírio e demência) (Levy, 2003). Estes sintomas geram distúrbios neurológicos interferindo na capacidade de executar movimentos de forma adequada e/ou funcional (Bobath, 1984). As incapacidades geradas pelas doenças neurológicas são resultantes da interação da disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), pela limitação das suas atividades e pela restrição na participação social, e pelos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (Farias, 2005).

As doenças neurológicas têm um grande impacto na pessoa e na sua família (Silva, 2017). Estima-se que 350 mil pessoas apresentem dependência nas suas AVD associadas a uma doença neurológica podendo a sua etiologia estar associada a predisposição genética, AVC, traumatismo crânio-encefálico, infecções do sistema nervoso, doenças metabólicas, doenças degenerativas e causas congénitas (Silva, 2017).

A prevalência das doenças do foro neurológico tem vindo a assumir, cada vez mais, uma maior importância, que se deve à evolução do conhecimento científico e tecnológico dos últimos anos e, sobretudo, às mudanças de atitude, comportamentos e estilos de vida e da estrutura etária da população (DGS, 2017). Na Europa, as doenças cerebrovasculares são responsáveis por cerca de 64% do impacto produzido pelas doenças neurológicas, ponderando a sua prevalência e incidência relativas, distribuição etária e sequelas que provocam (DGS, 2017).

As doenças neurológicas representam a maior contribuição para o impacto global das doenças a nível mundial (6,3%) associadas ao envelhecimento da população e índices de desenvolvimento socioeconómico (DGS, 2016). Este valor atinge 11,2% na Europa e estima-se, que em 2020 chegue aos 14,7% (DGS, 2016). As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada mortalidade, mas também a uma variedade de sequelas cognitivas, comportamentais, motoras, sensitivas e autonómicas, que originam as maiores taxas de incapacidade e uma procura crescente a nível dos cuidados de saúde (DGS, 2016).

O impacto das doenças neurológicas, e todos os componentes que estas afetam, tem consequências no autocuidado da pessoa. Neste contexto o EEER tem papel fundamental garantindo a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde focando-se na manutenção do autocuidado e na funcionalidade da pessoa atuando não somente na implementação e sistematização do cuidado, estimulando o desenvolvimento do autocuidado, da funcionalidade e da sociabilidade da pessoa (Kumakura *et al.*, 2019).

No que diz respeito aos cuidados especializados de ER às pessoas com doenças neurológicas, cabe ao enfermeiro capacitar a pessoa para gerir a sua doença, para aumentar a sua qualidade de vida, fornecendo informação, incutindo a confiança necessária para permanecer no seu domicílio (Silva, 2017). O alvo de intervenção foca-se nas necessidades especiais, a nível cognitivo, motor, sensorial, respiratório, alimentar, eliminação e sexualidade, fazendo com que o impacto da doença neurológica seja menor no dia-a-dia da pessoa (Silva, 2017).

Assim, são demonstrados os benefícios dos cuidados de enfermagem de reabilitação, traduzindo-se na diminuição do grau de dependência da pessoa. O processo de reabilitação para ser eficaz tem de basear-se na motivação, no conhecimento das dificuldades que a pessoa tem no seu domicílio para a realização das suas AVD. As intervenções a desenvolver devem abranger todas estas componentes, para que a pessoa consiga atingir o máximo de funcionalidade (Couto, 2012). O modelo de autocuidado de Orem (2001) complementa o descrito anteriormente destacando a necessidade da manutenção do autocuidado.

2.2- MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Uma das teorias de Enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem (2001), desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma (Queirós *et al.*, 2014). Partindo do pressuposto que qualquer teoria tem capacidade para expandir a disciplina e a ciência de enfermagem a descrição desta teoria é pertinente neste capítulo para se proceda mais aprofundadamente ao estudo do autocuidado.

O autocuidado, desenvolvido por Dorothea Orem (2001), na sua teoria do défice do autocuidado de Enfermagem, é definido como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Lista, Correia & Fonseca, 2017), ou que alguém a execute por ele para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Queirós *et al.*, 2014), é uma atividade apreendida pela pessoa, e orientada para um objetivo (Silva *et al.*, 2009). A capacidade de autocuidado só é assegurada quando o indivíduo é capaz de desempenhar o autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Lista *et al.*, 2017). Quando as necessidades de

autocuidado excedem a capacidade de autocuidado as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados (Lista *et al.*, 2017).

O défice de autocuidado, quando é expresso em limitações de ação, ajuda a entender o papel da pessoa no autocuidado fornecendo orientações para a seleção das intervenções de enfermagem, ou seja, quando as necessidades de autocuidado são superiores a capacidade da pessoa (Queirós *et al.*, 2014). Pode também ser considerado, uma relação entre a demanda terapêutica de autocuidado e as ações de autocuidado das propriedades em que as atitudes desenvolvidas para o autocuidado constituem a ação que é adequada para conhecer e identificar alguns ou todos os componentes da demanda de autocuidado terapêutico existente ou previsto (Silva *et al.*, 2017).

Com a aplicabilidade desta teoria, o enfermeiro é capaz de conceber, por em prática grande parte dos seus conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, de forma a dar a resposta mais adequada na sua prestação de cuidados, colmatando os deficits de autocuidado encontrados na pessoa, tanto em meio hospitalar, como nos cuidados de saúde primários e até em contexto domiciliar (Lista *et al.*, 2017).

Orem (2001) considera a Teoria do Déficit de Autocuidado uma teoria geral que é composta por três teorias inter-relacionadas, que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Queirós *et al.*, 2014).

Teoria do autocuidado e cuidados de enfermagem de reabilitação

O autocuidado numa visão geral pode ser visto como a capacidade que as pessoas têm em cuidar delas próprias, para cuidarem da própria saúde, prevenir e encarar a doença, assumindo a responsabilidade do próprio bem-estar (Martins *et al.*, 2016).

A OMS (2009), ao longo dos anos tem realizado alterações a sua definição, em 2009 definiu o autocuidado como a capacidade da pessoa, família e comunidade para promover a saúde, prevenir a doença, manter a sua saúde e lidar com as suas incapacidades, com ou sem o apoio dos serviços de saúde (OMS, 2009). Assim, este conceito abrange processos que implicam de forma direta a pessoa e os seus cuidadores, mas englobam a sua comunidade procurando manter o indivíduo saudável, preservando a sua saúde, para ter a capacidade de responder a desafios sociais e económicos, prevenindo a doença tratando sintomas

menores, prestar cuidados contínuos, englobando também a perspectiva de cuidar dos que lhe são próximos e significativos (Martins et al., 2016).

A *International Self-Care Foundation* defende que existem sete pilares/domínios para o autocuidado: literacia em saúde; consciencialização; atividade física; alimentação saudável; prevenção ou controlo de riscos; higiene e uso racional de produtos e serviços (Martins et al., 2016:17). Estes completam de certa forma a definição da OMS, são a base de sustentação para que a pessoa não tenha défice de autocuidado. O autocuidado é aprendido através da experiência, educação, cultura, conhecimento, crescimento e desenvolvimento (Martins et al., 2016:17). Para Petronilho (2012) o autocuidado é uma conceção que tem progredido ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

A teoria de Enfermagem do défice do autocuidado “perspetiva que as pessoas são seres unitários dinâmicos que existem no seu ambiente e que tem o poder de decidir as suas ações pela sua própria vontade, possuindo outras qualidades humanas essenciais” (Martins et al., 2016). Outra das premissas para esta teoria, é a convicção que a pessoa envolve-se em comunicação e intercâmbio num continuum entre si mesmo e o ambiente de forma a manter-se vivo (Petronilho, 2012). Esta teoria é baseada no pressuposto que o indivíduo tem capacidade para cuidar de si, desenvolvendo atividades e tendo comportamentos para manter-se saudável para sua própria satisfação (Martins et al., 2016). Segundo Dorothea Orem (2001), o autocuidado são ações resolutamente realizadas pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento dos seus dependentes (Orem (2001). A sua principal finalidade é

“garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (...), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como o desenvolvimento e crescimento. Também são, igualmente, ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui quando, quando indicado procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde” (Petronilho 2012, p.19).

Deste modo o autocuidado refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, desempenhando um papel fundamental na saúde dos indivíduos (Petronilho, 2012).

Nesta teoria existem conceitos que se interrelacionam com o autocuidado como: agente de autocuidado; ação de autocuidado; fatores condicionantes básicos; domínios de autocuidado; comportamento de autocuidado; agente dependente de cuidados; necessidade terapêutica de autocuidado e requisitos de

autocuidado (Martins et al., 2016). Orem (2001) afirma que a pessoa é capaz de cuidar de si mesma, ou seja é um agente de autocuidado que executa em seu benefício, saúde e bem-estar (Martins et al., 2016). Pode ser visto como uma resposta devido a processos de saúde-doença, levando a procura de comportamentos que visem a saúde, fazendo parte de regimes terapêuticos junto dos profissionais de saúde, havendo desta forma uma gestão eficaz da doença (Petronilho, 2012). Deste modo, para que o autocuidado seja desenvolvido é necessário que a pessoa tenha a ação intencional, e aptidão para fazer as melhores escolhas para cuidar de si mesma. É necessário ter em atenção, que a

“capacidade da pessoa para o autocuidado pode estar limitada por fatores condicionantes básicos, outro dos conceitos identificados por Orem (2001), e refere-se a idade, ao sexo, ao estágio de desenvolvimento, à condição de saúde aos aspetos relacionados com o sistema de cuidados de saúde, ao estado sociocultural, ao padrão de vida, aos aspetos relativos à família, aos fatores ambientais, à disponibilidade e adequação de recursos” (Martins et al., 2016).

A ação do autocuidado é também condicionada por diferentes domínios: o cognitivo, que engloba os conhecimentos das condições de saúde e a capacidade da tomada de decisão; o físico, que engloba a capacidade física de realizar as ações do autocuidado; o comportamental, que integra os comportamentos que são agentes de autocuidado; o emocional, onde estão compreendidos os valores, atitudes, motivação para o desenvolvimento de ações promotoras do autocuidado (Petronilho, 2012). O comportamento de autocuidado é definido por esta teórica de Enfermagem enquanto as atividades desenvolvidas pela pessoa em seu próprio benefício, para se manter saudável (Martins et al., 2016).

Teoria do défice do autocuidado

A teoria do défice do autocuidado tem como ideia central de que as condições necessárias de enfermagem das pessoas estão ligadas à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações associadas aos cuidados de saúde (Queirós et al., 2004).

Para Orem (2001), esta teoria define-se pelas necessidades de autocuidado que a pessoa apresenta, mas que são superiores à sua capacidade, ou seja, que a pessoa não está apta para suprimir as suas necessidades apresentando défice no autocuidado. No entanto nesta teoria, Orem (2001) identifica que o défice não advém apenas da pessoa, o mesmo pode acontecer ao cuidador no que respeita aos cuidados que presta a pessoa com dependência no autocuidado. Esta teórica defende que há a necessidade de existir uma rede de suporte na comunidade onde a pessoa se insere, dado que existem fatores limitadores no autocuidado que por vezes são difíceis de dar resposta como: o conhecimento, a capacidade de tomar decisões e limitações na realização das ações (Martins et al., 2016).

Estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes determinando a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado (Queirós *et al.*, 2014).

O défice do autocuidado exprime a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado, é um conceito que fornece orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel da pessoa no autocuidado (Queirós *et al.*, 2014).

Soderhamn (2000:183-189), afirma que capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases dependentes: na primeira, designada por autocuidado estimativo, é determinado o que deve ser feito para recuperar o autocuidado; na segunda fase, denominada por autocuidado transitivo, são reconhecidas as diferentes opções para a recuperação do autocuidado e seleciona-se a mais favorável; na terceira e última fase, intitulada por autocuidado produtivo, verifica-se a capacidade real para o autocuidado em que a pessoa demonstra capacidade para cuidar de si.

Teoria dos sistemas de enfermagem

A teoria dos sistemas de enfermagem afirma que a enfermagem é a ação humana, ou seja, que os sistemas de enfermagem são sistemas de ação concebidos através do desempenho das ações de enfermagem a pessoas com limitações no autocuidado (Queirós *et al.*, 2014).

Os sistemas de enfermagem podem ser produzidos para pessoas ou para um conjunto de indivíduos que constituam uma unidade de cuidar-dependente, para grupos cujos membros manifestem a necessidade de autocuidado terapêutico com componentes semelhantes/necessidades parecidas (Queirós *et al.*, 2014). Esta teoria reporta-se às ações realizadas pelos enfermeiros no sentido de corrigir as limitações no desempenho do autocuidado, dirigidas à pessoa, a grupos e famílias que têm a sua responsabilidade os seus membros com necessidades terapêuticas de autocuidado (Martins *et al.*, 2016). Orem (2001) identificou três tipos de prática da nos sistemas de enfermagem: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui a pessoa no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si; e 3) apoio-educativo, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite do enfermeiro para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Tomey & Alligood, 2002).

O processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento, possibilitando uma intervenção (Queirós, 2014).

Perante o exposto, pode concluir-se que o autocuidado está centrado no paradigma da totalidade, em que a pessoa é a soma do biológico, psicológico, espiritual e social, além de evidenciar que a pessoa tem de se adaptar ao meio ambiente (Silva *et al.*, 2009).

2.2.1- Revisão sistemática da literatura

A problemática exposta anteriormente, demonstra a necessidade da realização de uma RSL com o objetivo de identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário. Foi então elaborada a questão delimitadora desta revisão “Quais os cuidados de enfermagem de reabilitação, ao doente com alterações neurológicas em contexto domiciliário?”, seguindo a metodologia PICO. Foi formulado o problema a partir de uma questão de partida, com base na estrutura PICO, definida por uma abreviatura, que corresponde a (P - Population) pessoa ou problema, (I - Intervention) Intervenção, (C) - Comparação e (O - Outcomes).

A realização desta RSL tem como principal objetivo compreender os ganhos que as intervenções que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve a a pessoa com alterações neurológicas em contexto domiciliário. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, onde foram incluídos 110 artigos.

As Palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: *Nursing, Reahbilitation, Self-care, Neurological disorder, Education, Blood pressure, Stroke, Neurology, Cerebrovascular disorders and Cardiovascular diseases.*

[P] POPULAÇÃO	PESSOAS ADULTAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS
[I] INTERVENÇÃO	PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
[C] COMPARAÇÃO	NÍVEL DE AUTOCUIDADO
[O] OUTCOMES	RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ER

Quadro nº1 – análise PICO

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa através da plataforma de busca científica *EBSCO*, acedendo-se às bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, efetuada em setembro de 2019. A pesquisa teve por base a utilização de descritores de acordo com a pergunta de investigação: *Nursing, Reahbilitation, Self-care, Neurological disorder, Education, Blood pressure, Stroke, Neurology, Cerebrovascular disorders and*

Cardiovascular diseases. Utilizaram-se os descritores booleanos “AND” e “OR”. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos cuja data de publicação esteja entre janeiro de 2010 a setembro de 2019.

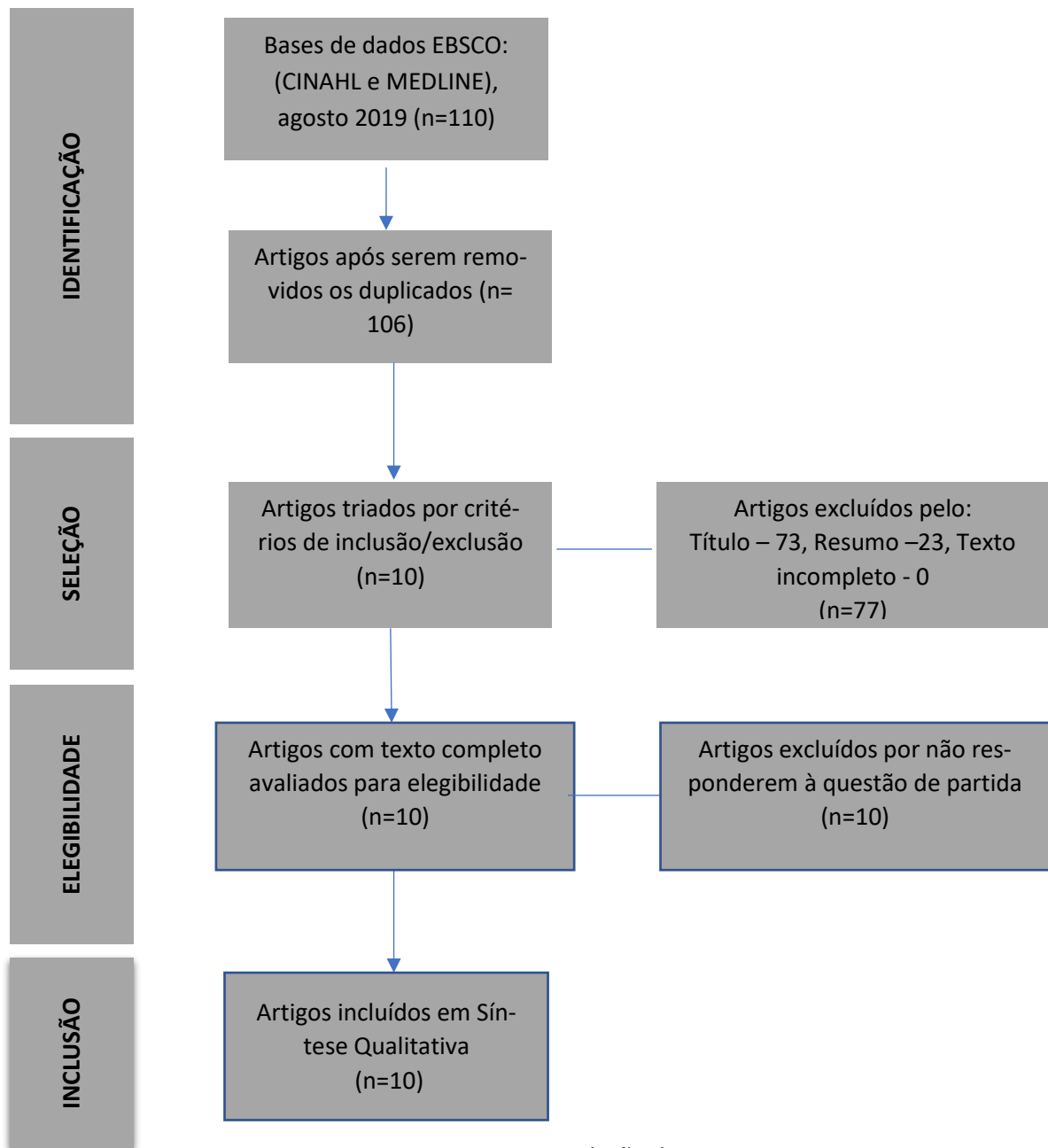


Figura nº 1- seleção de artigos.

Apresentação dos resultados

Título do estudo/ Autores/Metodologia/Participantes	Objetivos	Resultados e Conclusões
<p>Título: A prática realizada pelos utentes pode ser aumentada simplesmente através da implementação de diretrizes nacionais acordadas?</p> <p>Autores: Huijben-Schoenmakers M; Rademaker A; Scherder E;</p> <p>Metodologia: Estudo observacional;</p> <p>Participantes: 17 pessoas com AVC, incluindo 8 homens, 9 mulheres, com idade média de 75,8 e 17 indivíduos com as mesmas características que participaram de um estudo observacional anterior;</p> <p>Ano: 2018</p>	<p>Aumentar o tempo de exercício das pessoas idosas na unidade de AVC.</p>	<p>O tempo gasto em atividades terapêuticas aumentou significativamente de 103,5 minutos medidos no estudo anterior para 156,5 minutos neste estudo. O score médio do Índice de Barthel foi de 8,8 (DP \pm 4,1). As pessoas mais ativas, tiveram uma relação positiva significativa no Índice de Barthel.</p>
<p>Título: Intervenções de enfermagem ao utente com AVC na reabilitação</p> <p>Autores: Cavalcante,F; Tahissa; Nemer,L.; Peixoto,A; Moreira, R.; Ferreira, J.;</p> <p>Metodologia: Revisão integrativa;</p> <p>Ano:2018</p>	<p>Apresentar o conhecimento produzido sobre as intervenções de Enfermagem direcionadas a pessoas com AVC em reabilitação;</p>	<p>Entre as intervenções assistenciais de enfermagem, destacaram-se a reabilitação motora e funcional. Nas intervenções educativas, observou-se o ensino a pessoa sobre a doença. Foram encontradas intervenções de enfermagem direcionadas aos cuidadores. Foi identificado um número maior de intervenções de Enfermagem para a pessoa, cuidadores em que as intervenções dos enfermeiros concentraram-se na educação.</p>
<p>Título: Preditores de resultados funcionais e da marcha para pessoas pós-AVC em reabilitação domiciliária</p> <p>Autores: Asiri, Faisal Y; Marchetti, Gregory F; Ellis, Jennifer L; Otis, Laurie; Sparto, Patrick J; Watzlaf, Valerie; Whitney, Susan L.</p> <p>Metodologia: Estudo retrospectivo</p> <p>Participantes: Indivíduos que receberam cuidados domiciliários após acidente vascular cerebral: 213 (idade média de 76,5 \pm 9 anos, 51% do sexo feminino);</p> <p>Ano: 2014</p>	<p>Descrever os resultados dos cuidados de reabilitação no domicílio dando ênfase ao desempenho funcional e da marcha em pessoas após AVC e aos fatores associados que contribuem para melhores resultados após tratamento.</p>	<p>Alteração na velocidade da marcha e no desempenho das AVD entre a admissão e a alta dos serviços de saúde em casa.</p> <p>A velocidade da marcha e os scores das AVD no início do tratamento tiveram maior influência na melhoria funcional e da marcha. As condições do domicílio no pós-alta, o estado de confusão e o ambiente de moradia tiveram efeitos nos resultados da reabilitação domiciliária para as pessoas que tiveram AVC.</p>
<p>Título: Fortalecendo o papel e as funções de enfermagem na reabilitação de AVC 24/7: um estudo de métodos mistos avaliando a viabilidade e aceitabilidade de um programa de intervenção educacional</p> <p>Autores: Loft MI; Poulsen I; Martinsen B; Mathiesen LL; Iversen</p>	<p>Avaliar a viabilidade de uma intervenção educacional de enfermagem para reabilitação de AVC em regime de internamento e sua</p>	<p>Alto nível de satisfação com o programa educacional em termos de aceitabilidade e viabilidade. Os resultados qualitativos revelaram as experiências da</p>

Título do estudo/ Autores/Metodologia/Participantes	Objetivos	Resultados e Conclusões
HK; Esbensen BA; Metodologia: Revisão sistemática Ano: 2014	aceitabilidade na perspetiva da equipa de enfermagem.	equipa de enfermagem com o programa educacional.
Título: Treino orientado a tarefas em reabilitação após acidente vascular cerebral: revisão sistemática Autores: Rensink M; Schuurmans M; Lindeman E; Hafsteinsdóttir T.; Metodologia: Os ensaios clínicos randomizados selecionados e as revisões sistemáticas foram avaliadas quanto à qualidade. Características e resultados importantes foram extraídos e resumidos. Nível de evidência: Ano: 2009	Fornecer uma visão geral das evidências na literatura sobre o treino orientado a tarefas de sobreviventes de AVC e sua relevância na prática diária de enfermagem.	O treino orientado de tarefas às pessoas que tiveram um AVC leva a melhorias nos resultados funcionais e na qualidade de vida geral relacionada à saúde. Os enfermeiros podem e devem desempenhar um papel importante na criação de oportunidades para a prática de tarefas funcionais significativas fora das sessões regulares de terapia.
Título: O papel do enfermeiro comunitário de reabilitação de AVC Autores: McGinnes A; Easton S; Williams J; Neville J.; Metodologia: revisão sistemática Participantes: Comunidade de hospitais de Portsmouth Ano: 2016	-Capacitar toda a equipa a considerar os seus papéis; -Incentivar o diálogo entre todos os membros da equipa de trabalho.	A equipa foi capaz de avaliar os resultados em relação à prática atual. O projeto confirmou que a enfermeira de reabilitação tem um papel único e fundamental na equipa e fortalece o modelo de trabalho em equipa interdisciplinar.
Título: Uma revisão sistemática de intervenções terapêuticas para a depressão pós-AVC e o papel dos enfermeiros Autores: Homem-van Ginkel JM; Gooskens F; Schuurmans MJ; Lindeman E; Hafsteinsdóttir TB Metodologia: Revisão sistemática da literatura Ano: 2010	Explorar o papel da enfermagem no tratamento da depressão pós-AVC e identificar as intervenções não farmacológicas eficazes que os enfermeiros podem usar no cuidado diário às pessoas com AVC.	Houve uma forte evidência de que o fornecimento de informações reduz a gravidade da depressão. Outras intervenções com efeitos positivos foram a entrevista motivacional, um programa de apoio de enfermagem específicos e exercício físico. A depressão pós-AVC é um problema importante com efeitos adversos sobre a capacidade da pessoa para participar na reabilitação e no resultado da mesma.
Título: As intervenções de enfermagem para melhorarem o estado nutricional e os resultados dos utentes com AVC: comentários descritivos de processos e resultados. Autores: Perry L; Hamilton S; Williams J; Jones S Metodologia: Revisão sistemática da literatura Ano: 2013	-Identificar as intervenções de enfermagem destinadas a melhorar o estado nutricional e os resultados relacionados de sobreviventes de AVC; -Observar os resultados das intervenções de enfermagem relacionadas com a	Esta avaliação indicou os parâmetros dos cuidados nutricionais de enfermagem, e forneceu um quadro para futuras pesquisas.

Título do estudo/ Autores/Metodologia/Participantes	Objetivos	Resultados e Conclusões
	nutrição, incluindo a ingestão alimentar, estado funcional, complicações, atividades da vida diária, mortalidade e qualidade de vida.	
<p>Título: As intervenções de enfermagem na prestação de cuidados de acidente vascular cerebral: uma revisão baseada em evidências clínicas.</p> <p>Autores: Theofanidis D; Gibbon B</p> <p>Metodologia: Revisão sistemática da literatura</p> <p>Ano: 2016</p>	<p>-Priorizar as intervenções de enfermagem para AVC agudo;</p> <p>-Atualizar os papéis de enfermagem;</p>	<p>Para facilitar a recuperação rápida da pessoa, os cuidados de enfermagem devem incluir a prática rotineira de uma ampla gama de intervenções específicas, tais como gestão da continência de esfíncteres, gestão da deglutição e mobilização precoce. Outras intervenções importantes de enfermagem incluem a prevenção de tromboembolismo pulmonar e terapia anti-plaquetária.</p> <p>A entrada de enfermagem altamente especializada é de extrema importância para alcançar os resultados de alta qualidade e do envolvimento com a equipa multidisciplinar.</p>
<p>Título: As intervenções de enfermagem ao utente com AVC em Reabilitação</p> <p>Autores: Frota Cavalcante, Tahissa.; Lima Nemer, Amanda Peixoto; Moreira, Rafaella Pessoa; de Sousa Maciel Ferreira, José Erivelton;</p> <p>Metodologia: Revisão integrativa com abordagem qualitativa.</p> <p>Ano: 2018</p>	<p>Apresentar o conhecimento produzido sobre as intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas com acidente vascular cerebral em reabilitação.</p>	<p>As intervenções de enfermagem, foram destacadas as de cariz motor e reabilitação funcional. Nas intervenções educativas, foi observada a educação da pessoa sobre a doença e ao cuidador.</p> <p>Entre as intervenções gerenciais, foi destacada a coordenação motora.</p>

Quadro nº2- Apresentação dos resultados.

Discussão dos resultados

De acordo com Huijben-Schoenmakers *et al.* (2018) o aumento da estimulação a idosos motora e cognitiva, faz com que estes tenham maiores ganhos traduzidos na motivação de quererem fazer mais e melhor no seu processo de reabilitação. Assim, para Cavalcante *et al.*, (2018) e Frota *et al.*, (2018), a educação da pessoa tem também um papel crucial para que todo o processo de reabilitação tenha sucesso. Outra das vertentes trabalhadas na reabilitação à pessoa com alterações neurológicas, são AVD,

que serão sempre influenciadas no ambiente que a pessoa encontra após a alta. Asiri *et al.*, (2014), afirma que as condições do domicílio numa pós-alta hospitalar e o estado mental, tem efeitos nos resultados da reabilitação domiciliária. O treino de AVD quer no domicílio, quer em contexto de internamento deve ser orientado (Rensink *et al.*, 2009) para que este seja eficaz, em que o EEER é responsável por criar oportunidades para a prática de tarefas funcionais significativas fora das sessões regulares de terapia. O EEER estabelece um papel importante na comunidade com a pessoa (McGinnes *et al.*, 2016). Deste modo Theofanidis *et al.*, (2016), confirma que a ER desempenha um papel importante para alcançar os resultados que as pessoas se propõem a atingir, proporcionando uma abordagem abrangente, interativa e holística para a pessoa em reabilitação (Frota *et al.*, 2018).

Quadro síntese

Domínio	Intervenções
Físico	<ul style="list-style-type: none">-Reabilitação motora e funcional (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Supervisão das funções fisiológicas (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Avaliar se a consistência da dieta da pessoa é adequada (Perry <i>et al.</i>, 2013);- Realização de programas de reabilitação (Homem, 2010);- Treino de AVD (Rensink <i>et al.</i>, 2009) e (Huijben-Schoenmakers <i>et al.</i>, 2018);- Realização de mobilizações (Rensink <i>et al.</i>, 2009);- Higiene oral (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Vigiar a deglutição (Theofanidis <i>et al.</i>, 2016);- Mobilização precoce (Theofanidis <i>et al.</i>, 2016);
Cognitivo e Comportamental	<ul style="list-style-type: none">- Educar e instruir a pessoa sobre a gestão da doença (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Promoção do autocuidado – Treino e instrução dos cuidadores (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Intervenções educativas, a nível da educação da pessoa para o seu problema de saúde (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Articular com a equipa multidisciplinar (McGinnes <i>et al.</i>, 2016);- Realização de programas educacionais (Loft <i>et al.</i>, 2014);- Verificação das condições do domicílio no pós- alta (Asiri <i>et al.</i>, 2014);- Planeamento da alta da pessoa (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);
Emocional/Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">- Realização de entrevista motivacional (Homem, 2010);- Cuidado emocional (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);

Quadro nº3- Intervenções de Enfermagem.

Conclusão

O EEER tem um papel fundamental na promoção do autocuidado ao doente com alterações neurológicas desde a reabilitação motora e funcional, treino de AVD, educação sobre a doença e promoção do autocuidado. Faz a recomendação de produtos de apoio necessários, apoiando a rede de suporte da pessoa, como a família/ cuidador. As principais conclusões retiradas desta RSL prendem-se com o papel

do EEER na reabilitação à pessoa com alterações neurológicas e manutenção do autocuidado, em pessoas com mais de 65 anos de idade. Em que o processo de reabilitação para ser eficaz tem de ter por ponto basilar a motivação, o conhecer as dificuldades que a pessoa tem no seu domicílio para a realização das suas AVD. Assim, as intervenções nos diferentes domínios (físico e cognitivo), devem abranger todas estas componentes, para que a pessoa consiga atingir o máximo de capacidade funcional.

Implicações na Prática Profissional

Com base no exposto, podemos integrar os resultados demonstram que *praxis* da Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC tem um papel preponderante no regresso ao seu domicílio e a sua rotina diária. O EEER deve procurar dar resposta as necessidades da pessoa e encaminhá-lo aos recursos existentes na comunidade onde está inserido.

Existe a necessidade de a Enfermagem de Reabilitação espelhar o trabalho que desenvolve, através da publicação de novos estudos, para que cada vez mais haja uma prática baseada na evidência científica.

A presente RSL foi aceite para publicação na edição de dezembro de 2020, v.3, n.3 como comprova a declaração presente no Anexo I.

2.3- JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Este subcapítulo contempla a descrição dos componentes do modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, com alterações neurológicas identificando as necessidades de cuidados de enfermagem, tendo em conta o contexto epidemiológico e demográfico envolvente apresentado anteriormente.

A identificação das necessidades da pessoa, como refere Lopes (2006), no procedimento de avaliação diagnóstica, pretende-se perceber o conhecimento da pessoa, quais as suas preocupações e as capacidades que esta possui. Ao longo da realização do programa de enfermagem de reabilitação, há uma constante reavaliação das necessidades da pessoa e/ou cuidador. O processo de intervenção terapêutica, segundo Lopes (2006), está diretamente ligado à prestação dos cuidados com base na avaliação diagnóstica, sendo dirigidos à pessoa e/ou cuidador, fazendo a ligação entre estes e a organização/comunidade (Lopes, 2006). Assim, a teoria do défice do autocuidado de Orem (2001), já descrita no capítulo anterior, permite a ligação entre os fatores que influenciam a pessoa na satisfação das suas necessidades nos vários domínios e como a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação pode

maximizar as capacidades da pessoa e do cuidador, tendo como principal objetivo a execução de um autocuidado efetivo.

A enfermagem de reabilitação é então um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos, no estado inicial do acidente/doença e que continua ao longo da fase restauradora dos cuidados e envolve a adaptação da pessoa a um novo estilo de vida (Hoeman, 2011). O enfermeiro de reabilitação deve abranger um conjunto de competências específicas, entre as quais saber cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da sua vida e em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2009). Deste modo, a enfermagem de reabilitação implica, de uma forma geral: a existência de um processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo delineando e modificando o seu projeto de saúde; a prevenção de lesões; adaptação às limitações funcionais da pessoa dando ênfase à promoção da saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades (Hesbeen, 2008); a reabilitação da pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida, sendo uma peça-chave no seio de uma equipa multidisciplinar uma vez que estes são os profissionais encontram-se para promover a adaptação e a máxima autonomia às pessoas com doenças crónicas e com incapacidade física (Lista *et al.*, 2017).

O objetivo fundamental da reabilitação é ajudar a pessoa ser o mais autónoma possível dentro das limitações de qualquer incapacidade residual (OMS, 2003). Para tal, a promoção do autocuidado na pessoa deve iniciar-se o mais cedo possível, sendo esta fundamental para a realização das atividades de vida diária (OMS, 2003). Assim, o EEER deve ajudar a pessoa a readquirir as capacidades para desempenhar tarefas comuns do dia-a-dia, como por exemplo, o preparar uma refeição, o abotoar de botões da camisa ou a transferir-se da cama para o cadeirão, que podem constituir-se obstáculos para pessoas com incapacidades, como neste alvo em estudo, em idosos (Delisa, 2002).

A reabilitação é mais do que reaprender a andar e vestir-se, ou realizar transferências da cama para a cadeira de rodas, é reabilitar a pessoa no seu todo (Couto, 2012). Para Lessmann (2011) das intervenções que podem ser desenvolvidas o equilíbrio postural é uma delas, as alterações do controle muscular, da sensibilidade corpórea ou a propriocepção, podem gerar a perda ou redução da força e movimento muscular. As estratégias a adotar, para pessoas dependentes podem passar pelo posicionamento no leito, mudança de decúbito e alongamento de membros efetuados de forma passiva ou ativa (ativa quando o próprio tem a capacidade de efetuar os exercícios) por meio de educação em saúde (Lessmann, 2011). Estes cuidados são necessários, para a manutenção da postura inadequada e treino de marcha, que quando afetados podem causar dor, além de disfunções musculares e articulares (Lessmann, 2011).

O EEER pode basear-se na teoria de Orem (2001) para realizar ações de educação em saúde acerca do treino de marcha, no entanto são necessárias orientações acerca da prevenção de quedas em caso de treino de marcha realizado no domicílio dado que este só se torna completo quando há a capacidade de subir e descer escadas e rampas. No que concerne a manutenção do autocuidado, pode inserir-se neste cuidado deve adaptar-se a realidade da pessoa ao seu domicílio e estimulando a realização correta e contínua no treino de AVD. Estas intervenções possibilitam a execução de atividades como vestir-se, lavar-se, cuidar da aparência, alimentar-se (Lessmann, 2011).

Agregando os conhecimentos anteriores podemos constatar que a definição dos cuidados da pessoa com alterações neurológicas exige um conhecimento sobre as suas necessidades, sejam necessidades universais, por exemplo, uma alimentação e hidratação adequadas, ou do desenvolvimento da pessoa na sociedade), necessidades de desenvolvimento, como a garantia de um ambiente que proporcione o desenvolvimento humano a nível da adaptação à sua condição) e/ou necessidades por alteração do estado de saúde (como a garantia de que a pessoa percebe a importância de identificar carências a nível de saúde e/ou as suas incapacidades no sentido de as poder superar ou compensar) (Orem, 2001). Estes requisitos são transversais a todos os indivíduos, ao longo do seu ciclo de vida e a todas as situações que dele decorrem (Orem, 2001).

Após diagnosticar as necessidades de cuidados de ER da pessoa, com o próprio e o cuidador, é elaborado o programa de ER, determinando a intervenção terapêutica. Se a pessoa apresenta défice de autocuidado moderado, necessitará de apoio, pois as suas necessidades superam as capacidades. O autocuidado é assegurado através de uma intervenção terapêutica que promova o apoio físico e psicológico (Nascimento, 2019).

A aquisição de produtos de apoio permite compensar os défices sentidos pela pessoa em que o ensino, treino e instrução da utilização desses produtos, promovem a participação do cuidador na assistência aos cuidados à pessoa (Nascimento, 2019). Quando esta apresenta défice de autocuidado grave ou completo poderá necessitar de compensação total na execução dos seus autocuidados e dos seus requisitos, podendo o EEER ter de substituir a pessoa na aquisição ou manutenção da funcionalidade e na satisfação da maioria dos autocuidados ou na sua totalidade (Nascimento, 2019).

Querendo espelhar tudo o que foi exposto neste capítulo, a figura nº 2 mostra a transição da fase diagnóstica para a fase de intervenção baseado no modelo de Lopes (2006), tendo por base a teoria de Orem (2001), mostrando as intervenções a desenvolver em cada domínio.

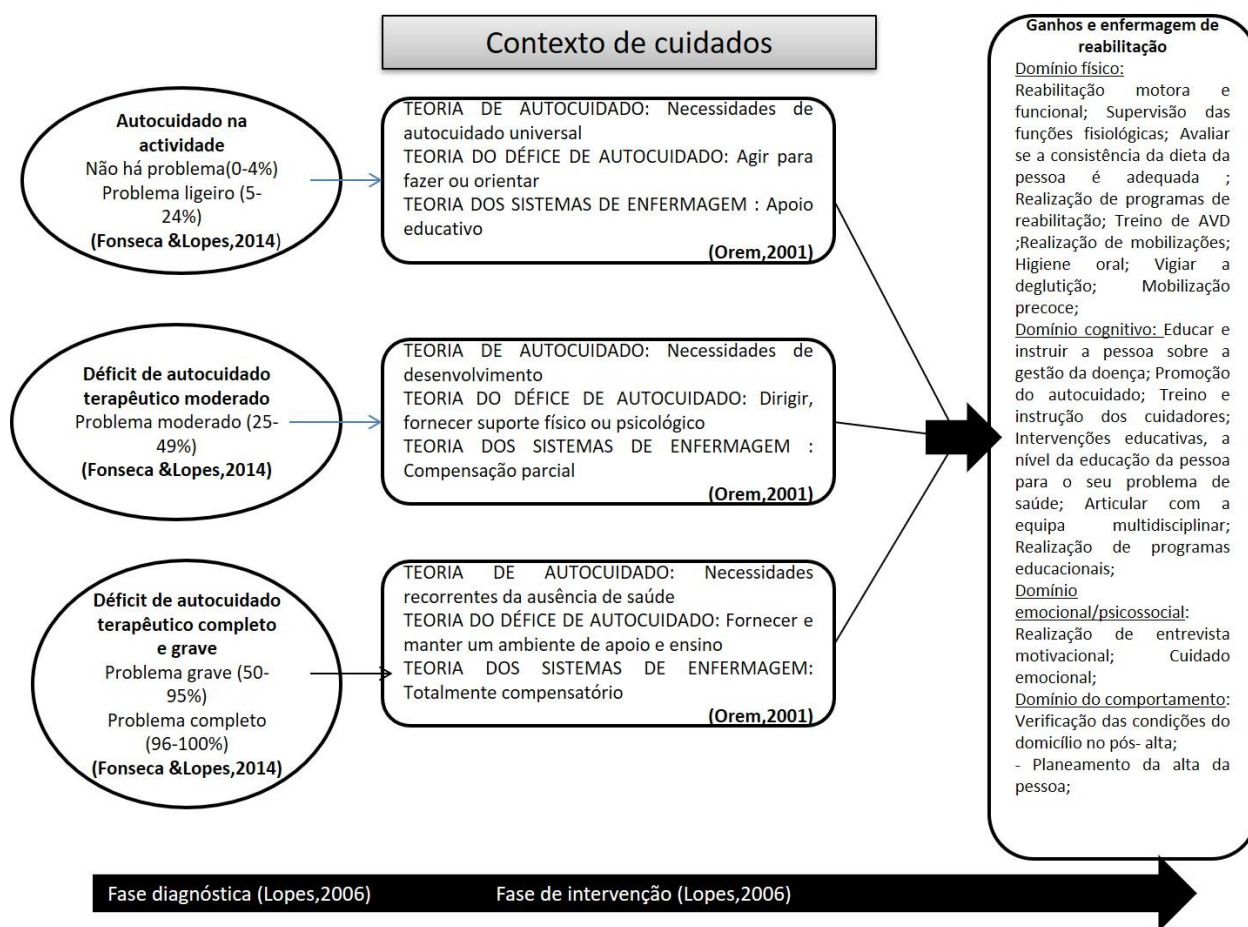


Figura nº2- Modelo do autocuidado para a enfermagem de reabilitação – uma proposta de cuidar

3- METODOLOGIA

A exposição presente neste relatório tem por base o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Reabilitação. Para Lopes (2006) qualquer profissional na sua realidade necessita de desenvolver competências para lidar com as dificuldades e até mesmo com as surpresas que lhe vão surgindo no seu quotidiano profissional. As experiências vivenciadas a nível profissional e no contexto social possibilitam que os enfermeiros se desenvolvam profissionalmente para atingir segurança na tomada de decisão (Pereira, 2012). Assim, para a aquisição de competências e de novos conhecimentos, neste relatório foi usada a metodologia qualitativa de estudo de caso, sendo uma análise detalhada e completa de um determinado fenómeno relacionado com a pessoa (Fortin, 2009) usando o modelo de Estudos de Caso de Robert Yin (2018).

Yin (2018) defende este método como uma necessidade para conhecer um determinado fenómeno social complexo, permitindo analisar em profundidade a perspetiva holística. A associar a estes métodos de estudo, este trabalho é complementado pela Teoria de Médio Alcance de Lopes (2011), que é fundamentada na intervenção relacional terapêutica entre enfermeiro-doente, sustentada em dois conceitos que caracterizam a origem desta relação: avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica, tendo por estratégia, o desenvolvimento de um processo de mútua influência e interação.

3.1. POPULAÇÃO-ALVO

A escolha dos estudos de caso, foi realizada tendo em conta os critérios de inclusão, no sentido de seleccionar 5 pessoas residentes num concelho numa área da região de Lisboa, em ECCI numa UCC, com idade superior a 65 anos, com alterações neurológicas e com grau de dependência no autocuidado (documentada pelos instrumentos de colheita de dados propostos) e que sejam alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. A amostra pode ser caracterizada como uma amostra não probabilística e de conveniência, ou seja, uma amostra constituída por pessoas que correspondem aos critérios de seleção delineados, tendo sido constituída à medida que estes surgiram no da prestação de cuidados até ser atingido o número pretendido (Fortin, 2009). A seleção da população foi realizada tendo por base os conhecimentos da estudante e do enfermeiro supervisor consoante a sua situação clínica e com necessidade de intervenção do EEER no que concerne ao défice do autocuidado.

3.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

A realização do plano de intervenção teve em consideração os recursos disponíveis, o ambiente físico, suporte de família/cuidadores e os serviços de apoio existentes. O plano de intervenção não é estático por isso, requereu uma revisão contínua ao longo do estágio. Os objetivos propostos foram traçados junto da pessoa tendo em conta a prevenção de problemas, a promoção de conforto e a diminuição do nível de dependência, promovendo o autocuidado. As intervenções de enfermagem devem, contudo, estar centradas nas rotinas, procurando minimizar os problemas relacionados às AVD (Diogo, 2000). O plano realizado foi dividido pelas dimensões física, do comportamento, emocional/psicossocial do autocuidado e cognitiva tendo por base a teoria de Orem (2001).

Dimensão física

Indicadores de resultados/Objetivos	Intervenções	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015); - Potenciar a capacidade para melhorar o andar (OE, 2015); - Promover o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015); 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015); - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar (OE, 2015); - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015); - Ensinar sobre técnica de adaptação para andar (OE, 2015); - Avaliar capacidade para andar (OE, 2015); - Instruir sobre técnica de adaptação para andar (OE, 2015); - Treinar técnica de adaptação para andar (OE, 2015); - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar” (OE, 2015); - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015); - Providenciar material educativo (OE, 2015); - Treino de AVD (Rensink et al., 2009) e (Huijben-Schoenmakers et al., 2018); 	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a segurança da pessoa (Vieira & Caldas, 2017:553); - Promover a independência na locomoção (Vieira & Caldas, 2017:553); - Recuperar o padrão automático do andar (Vieira & Caldas, 2017:553);
Autocuidado comer e beber (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de dietas adequadas para a pessoa (Perry et al., 2013); - Prevenção da aspiração (Calvacante et al., 2018); -Vigiar a deglutição (Theofanidis et. al., 2016); - Realização de dietas adequadas para a pessoa (Perry et al., 2013); - Treino de AVD (Rensink et al., 2009) e (Huijben-Schoenmakers et al., 2018); 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir a capacidade para preparar os alimentos para a ingestão (Ribeiro et al., 2014); -Abrir recipientes (Ribeiro et al., 2014); -Pegar no copo (Ribeiro et al., 2014); -Levar os alimentos à boca usando os dedos da mão, recipientes e utensílios (Ribeiro et al., 2014); -Beber pelo copo ou similar (Ribeiro et al., 2014); -Concluir a refeição (Ribeiro et al., 2014);
Autocuidado higiene (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene (OE, 2015); - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (OE, 2015); - Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene (OE, 2015); 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitação da pessoa para desempenhar com mínima ajuda ou de forma independente o autocuidado higiene (Encarnado, C., 2018:38);

Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário]

Indicadores de resultados/Objetivos	Intervenções	Resultados esperados
	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (OE, 2015); - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene (OE, 2015); - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene (OE, 2015); - Treino de AVD (Rensink et al., 2009) e (Huijben-Schoenmakers et al., 2018); - Higiene oral (Calvacante et al., 2018); 	
Melhorar capacidade para autocuidado: arranjar-se (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjar-se (OE, 2015); - Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjar-se (OE, 2015); - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se (OE, 2015); 	<ul style="list-style-type: none"> -Pentear o cabelo (Ribeiro et al., 2014); -Barbear-se (Ribeiro et al., 2014) -Cuidar das unhas (Ribeiro et al., 2014); -Manter a higiene oral (Ribeiro et al., 2014);
Capacidade para o autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre as necessidades de adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário (OE, 2015); - Instruir e ensinar sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário (OE, 2015); - Monitorização das funções fisiológicas (Calvacante et al., 2018); - Treino de AVD (Rensink et al., 2009) e (Huijben-Schoenmakers et al., 2018); -Gestão da incontinência (Theofanidis et al., 2016); 	<ul style="list-style-type: none"> - Despir a metade superior e inferior do corpo (Ribeiro et al., 2014); -Capacidade para se posicionar na sanita ou na arrastadeira (Ribeiro et al., 2014); -Erguer-se da sanita (Ribeiro et al., 2014);
Capacidade para o autocuidado vestir (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de adaptação para autocuidado: vestuário (OE, 2015); - Treino de AVD (Rensink et al., 2009) e (Huijben-Schoenmakers et al., 2018); 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de escolher as roupas (Ribeiro et al., 2014); - Capacidade de vestir as roupas na parte superior e inferior do corpo (Ribeiro et al., 2014); - Capacidade de despir as roupas na parte superior e inferior do corpo (Ribeiro et al., 2014); -Abotoar e desabotoar as roupas (Ribeiro et al., 2014); - Capacidade para usar cordões e fechos (Ribeiro et al., 2014); - Capacidade de calçar e descalçar meias e sapatos (Ribeiro et al., 2014);
-Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial (OE, 2015); -Conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> -Gerir o ambiente físico (OE, 2015); -Executar estimulação sensitiva (OE, 2015); -Estimular perceção -sensorial (OE, 2015); -Executar técnica de massagem (OE, 2015); -Executar técnica de posicionamento (OE, 2015); -Incentivar a execução de exercício muscular e articular (OE, 2015); -Informar sobre técnica de adaptação (OE, 2015); 	<ul style="list-style-type: none"> - “manutenção das capacidades sensório preceptivas e das funções psicomotoras e cognitivas” (Borges, 2018:5);
Manter/melhorar o equilíbrio;	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir e treinar técnica de equilíbrio corporal (OE, 2015); -Correção postural (OE, 2015); -Equilíbrio estático sentado (OE, 2015); -Equilíbrio dinâmico ortostático (OE, 2015); 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de a pessoa para se levantar e sentar (Lima, Figueiredo & Guerra, 2007). - Domínio postural (Lima et al., 2007);

Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário|

Indicadores de resultados/Objetivos	Intervenções	Resultados esperados
Melhorar /manter a mobilidade articular e força muscular;	<ul style="list-style-type: none"> -Reabilitação motora e funcional (Calvacante <i>et al.</i>, 2018); -Mobilização precoce (Theofanidis <i>et. al.</i>, 2016); - Realização de mobilizações (Rensink <i>et al.</i>, 2009); -Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (OE, 2015); -Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido (OE, 2015); -Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (OE, 2015); -Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar (OE, 2015); -Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos (OE, 2015); -Auto mobilizações (OE, 2015); -Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular (OE, 2015); -Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2015); 	Prevenção de síndrome de imobilidade;
Conhecimento da pessoa e cuidador sobre dispositivo auxiliar para transferências (OE, 2015);	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015); -Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se (OE, 2015); -Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (OE, 2015); -Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015); -Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015); -Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se (OE, 2015); -Treinar técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015); 	Diminuição do risco de queda;

Quadro nº4 - Intervenções de Enfermagem na dimensão física.

Dimensão do comportamento comportamental e cognitiva

Indicadores de resultados/Objetivos	Intervenções	Resultados esperados
- “Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis” (Petronilho, 2012:90);	-Intervenções educativas, a nível da educação da pessoa para o seu problema de saúde (Calvacante et al., 2018); - Educar e instruir a pessoa sobre a doença (Calvacante et al., 2018); - Realização de programas educacionais (Loft et al., 2014); - Promoção do autocuidado – Treino e instrução dos cuidadores (Calvacante et al., 2018);	- “Conhecimento sobre a doença e processo terapêutico” (Petronilho, 2012:90);
Planeamento das alterações do domicílio tendo em conta as necessidades da pessoa.	- Articular com a equipa multidisciplinar (McGinnes et al., 2016); - Verificação das condições do domicílio no pós-alta (Asiri et al., 2014); - Realização de programas de reabilitação (Homem, 2010); - Planeamento da alta da pessoa (Calvacante et al., 2018);	-Readaptação funcional da pessoa (Menoita, 2012:26); - “Capacitar a pessoa e cuidador informal para o autocuidado” (Menoita, 2012:26);
Conhecimento da condição de saúde;	- Ensinar sobre a importância de novos estilos de vida (Silva et al., 2017); - Explicar e discutir sobre a doença, regime de tratamento e mudanças necessárias no estilo de vida (Silva et al., 2017); - Ajudar na adaptação ao novo estilo de vida (Silva et al., 2017);	- “Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis” (Petronilho, 2012: 90); - “Conhecimento sobre a doença e o processo terapêutico” (Petronilho, 2012: 90); - “Capacidade de procurar informação” (Petronilho, 2012: 90); - “Capacidade para a tomada de decisão” (Petronilho, 2012: 90);

Quadro nº5 - Intervenções de Enfermagem na dimensão do comportamental e cognitiva.

Dimensão Emocional/Psicossocial

Indicadores de resultados/Objetivos	Intervenções	Resultados esperados
“Força de vontade” (Petronilho, 2012:90)	- Realização de entrevista motivacional (Homem, 2010); - Cuidado emocional (Calvacante et al., 2018);	- “Aceitação do estado de saúde” (Petronilho, 2012:90);

Quadro nº6- Intervenções de Enfermagem na dimensão emocional/psicossocial.

3.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O Regulamento n.º 392/2019 afirma que para o avanço no conhecimento o EEER deve agregar continuamente as novas descobertas da investigação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. Para Martins (2015) o EEER “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções cardiorrespiratórias; motora, sensorial e cognitiva; alimentação, eliminação vesical e intestinal; sexualidade” (Martins, 2015:19). Indo de encontro a Martins (2015), Ferreira (2017) diz que por “todas estas particularidades, intrínsecas às alterações da funcionalidade que comprometem o potencial funcional e a independência da pessoa, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos e programas especializados, através de ações preventivas, que assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas” (Ferreira, 2017:52).

Na forma de escolher o instrumento de colheita de dados, o investigador não deve descurar os objetivos que pretende atingir (Fortin, 2009). Assim, a colheita de dados segundo Yin (2003) deve recorrer a várias fontes de evidência, dado que as conclusões que daí sucedem de estudos com várias fontes de informação são mais credíveis. Este método denomina-se por triangulação de dados oferecendo ao investigador uma maior diversidade de questões, podendo assim desenvolver linhas convergentes de investigação e alcançando uma maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenómeno em estudo (Yin, 2003). Para que haja uma uniformização da colheita de dados para todos os integrantes na estratégia de intervenção profissional, foi utilizado o instrumento *Elderly Nursing Core Set* (ENCS), e o Índice de Barthel (2011). O instrumento principal que vai ser utilizado neste trabalho é o ENCS que tem como objetivo avaliar a funcionalidade da pessoa, definindo necessidades de cuidados de enfermagem segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (Santos *et al.*, 2013). O instrumento é composto por 25 itens sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo o seu principal objetivo avaliar as necessidades de cuidados de ER e os seus resultados, este apresentando indicadores sensíveis, avaliando as funções mentais (globais e específicas), dor, função do aparelho cardiovascular e respiratório, comunicação, autocuidados, alternância de posicionamentos, transporte e manuseio de objetos, andar e relacionamentos pessoais e interpessoais (Fonseca e Lopes, 2014). No que respeita às propriedades psicométricas, observa-se uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando uma elevada correlação entre itens da escala (Fonseca e Lopes, 2014). Tem ainda códigos relativos às funções do corpo e sua estrutura, atividades e participação e fatores ambientais (Fonseca e Lopes, 2014). O ENCS demonstra

um alfa global de *Cronbach* de 0.950, o que traduz uma distinta fiabilidade para os itens apresentados (Fonseca e Lopes, 2014). A ENCS de Fonseca e Lopes (2014) incorpora também, quatro conceitos principais subdivididos em mais itens: o autocuidado, a aprendizagem e funções mentais, a comunicação e a relação com amigos e cuidadores.

O autocuidado divide-se em doze códigos, sendo eles o lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer (Fonseca e Lopes, 2014). A aprendizagem e funções mentais dividem-se em seis itens que são as funções emocionais, funções de orientação, funções de atenção, funções de memória, funções de consciência e funções cognitivas de nível superior (Fonseca e Lopes, 2014). A comunicação é composta por quatro itens sendo avaliado o falar, a conversação, o comunicar e receber mensagens orais e os relacionamentos familiares (Fonseca e Lopes, 2014). Por fim o último conceito da relação com amigos e cuidadores aborda três itens que podem ser descritos como prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos (Fonseca e Lopes, 2014).

O produto final que este instrumento fornece é um resultado alusivo ao tipo de problema a nível da funcionalidade, ou seja, caso o valor obtido se situe entre os valores de 0-4% não existe problema, se o valor obtido é de 5-24% a pessoa apresenta um problema ligeiro, quando o valor obtido compreende-se entre os 25-49% a pessoa ostenta um problema moderado, se o resultado for de 50-95% a pessoa possui um problema grave e finalmente se o resultado for entre 96-100% a pessoa apresenta um problema completo a nível da sua funcionalidade (Fonseca e Lopes, 2014).

O índice de Barthel (2011) é um sistema de pontuação que mede as atividades relacionadas com a mobilidade, autocuidado e continência. A sua pontuação varia de 0 (dependência total) a 100 (completa independência) (Hoeman, 2011). Avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007). Cada atividade descrita compreende entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003). No contexto clínico o índice de Barthel (2011) fornece informação importante não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo deste modo conhecer quais as

incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007). O estudo desenvolvido por Araújo *et al.* (2007) revela que é o índice de Barthel um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Estes dois instrumentos foram utilizados para monitorizar a evolução do doente durante os cuidados de reabilitação, bem como a eficácia e eficiência do programa de reabilitação estabelecido. Para além destes dois instrumentos, foram realizadas notas de campo e o plano de intervenção anteriormente exposto.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética na disciplina de Enfermagem tem por base a existência de princípios orientadores para a prática profissional do enfermeiro procurando a excelência do exercício profissional (OE, 2015), para que assim sejam adquiridas competências. Para isso, devem ser sempre assegurados os princípios fundamentais da dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional e dos deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem ao longo do desenvolvimento do relatório (OE, 2015). Segundo Nunes (2003) fazendo referência às diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, existem seis princípios que nos devem guiar: Beneficência; Avaliação da maleficência; Fidelidade; Justiça; Veracidade e Confidencialidade.

No intuito da salvaguarda da confidencialidade e anonimato, os instrumentos de colheita de dados foram codificados com um número, cuja chave de descodificação é unicamente do conhecimento da mestranda e os recolhidos foram guardados pela mesma em local próprio (Hoeman, 2011).

Foi respeitada a dignidade e liberdade, e foi explicado a todas as pessoas o projeto, os procedimentos associados aos tratamentos e o armazenamento dos dados. Foi esclarecida a possibilidade da recusa ou interrupção da sua participação. Todas as intervenções de enfermagem de reabilitação só foram realizadas depois da pessoa em causa ter dado o seu consentimento, de forma livre e esclarecida (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). Quando se fala no consentimento este está ligado à autonomia e integridade, pois quando temos um consentimento por parte da pessoa garantimos a não violação destes princípios (Azenha, 2014) e a sua opinião deverá ser sempre tida em conta.

Assim, tendo em consideração os aspetos acima descritos, a implementação deste trabalho, contemplou o esclarecimento de todos os participantes, o seu consentimento informado, a privacidade dos dados pessoais através do anonimato, respeitando também o Regulamento Geral da Proteção de Dados que está contemplado no Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08.

4. RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados de forma sucinta, em dados numéricos de forma a facilitar a sua interpretação e posterior confrontação com a literatura já existente (Fortin, 2009). Inicialmente será realizada uma caracterização sociodemográfica, sendo em seguida realizada uma breve descrição de cada caso de forma a contextualizar o motivo da intervenção do EEER da ECCL e os défices funcionais que estes apresentavam. Esta descrição inicial de cada estudo de caso vai de encontro ao preconizado nas etapas do método de estudo caso de Robert Yin (2003).

Serão então apresentados os dados avaliados pelo instrumento ENCS em três momentos, avaliação inicial, intermédia e final, assim como os dados obtidos pelo Índice de Barthel (2011).

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi elaborado um quadro síntese tendo em conta as variáveis de género, idade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, nível de escolaridade e profissão, tal como o enunciado da plataforma da ENCS. De forma a manter a privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes foi-lhes atribuído um código, utilizando-se a combinação de letra e número de forma a identificar as pessoas presentes no estudo, tal como evidenciado no quadro abaixo.

	A1	A2	A3	A4	A5
Idade	69	80	71	76	80
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Viúva	Casado	Casado	Casado	Casado
Agregado familiar	Vive sozinha;	Vive com esposa e tem apoio dos filhos;	Vive com esposa;	Vive com esposa e filhos;	Vive com esposo;
Nível de escolaridade	4º classe	4º classe	4º classe	2ª classe	2ª classe
Profissão	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado

Quadro nº7- Caracterização sociodemográfica

Ao analisar os dados sociodemográficos, podemos constatar que a média de idades dos participantes foi de 75.2 anos, com um desvio padrão de 5.06 anos, sendo a pessoa mais nova uma senhora com 69 anos e as pessoas mais velhas dois senhores com 80 anos. No que toca à variável género apenas 2 das 5 pessoas incluídas no estudo é do género feminino (40%) sendo as outras 6 do género masculino (60%). Na variável

da nacionalidade, 100% da população alvo tem nacionalidade portuguesa. Constatou-se ainda com estes dados que cerca de 80% da população é casada, enquanto que 20% é viúva. A grande maioria da população vive com o seu cônjuge, enquanto que apenas 20% da população vive sozinho. Quanto ao nível de escolaridade a população alvo apresenta apenas o ensino básico em que alguns com o ensino básico incompleto. Finalmente, a respeito da profissão, 100% da população estudada já se encontra reformada.

Estudo de caso A1

Trata-se de uma pessoa de 68 anos de idade, do sexo feminino, viúva encontrando-se atualmente aposentada, vivendo sozinha, sem suporte familiar, tendo apenas uma amiga como cuidadora. Era autónoma nos seus autocuidados e nas suas AVD anteriormente ao internamento que teve no dia 20-09-2019 por fratura subcapital do fémur esquerdo e fratura distal do rádio direito, submetida a prótese da anca e osteossíntese do rádio. Como comorbilidades apresentava hipertensão arterial e acidente vascular cerebral em 2009 sem consequências a nível da mobilidade. No decorrer da intervenção no internamento em ECCI, numa avaliação inicial, verificou-se que tinha equilíbrio mantido, força muscular de 4/5 na escala de Lower nos membros superiores e membros inferiores, necessitava de supervisão nos cuidados de AVD e AVDI e realizava marcha com tripé em piso plano por curtas distâncias. Apresentava elevada limitação na realização de movimentos de motricidade fina, não sendo capaz de realizar atividades como pentear e folhear uma revista.

Com o decorrer das sessões de reabilitação, e ao ver os ganhos obtidos, demonstrava envolvimento e cumpria com programa estipulado. O programa de reabilitação realizado tinha como objeto a melhoria e manutenção das amplitudes articulares e movimentos, o aumento de força muscular, a consolidação da capacidade de marcha com tripé e possível evolução para marcha autónoma, a melhoria da motricidade fina e aumento da autonomia nas AVD. Perante isto, iniciou-se o plano de reabilitação com exercícios passivos, ativos/assistidos e resistidos dos membros superiores e inferiores no leito, de forma a manter/aumentar a amplitude movimento e a perceção do mesmo de acordo com o grupo muscular. Realizou-se posteriormente exercícios de força muscular de forma progressiva e treino de marcha com auxiliar bengala e treino de subir/descer escadas.

Após a consolidação do treino de marcha com tripé evolui-se para treino de marcha com bengala, o qual a utente mais tarde recusou por não sentir segurança, ficando a realizar marcha autonomamente.

Para a atividade de subir/descer escadas, foi necessário agilizá-la com um serralheiro da região, uma vez que a pessoa só tinha como rede de suporte uma amiga, a manutenção do corrimão de forma a permitir o acesso da pessoa ao exterior.

Os resultados do programa de reabilitação podem ser traduzidos na aplicação dos instrumentos de avaliação, estando expressos nos quadros abaixo:

ENCS	1ª Avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral da funcionalidade	30%	25%	18%
Autocuidado	60%	40%	22%
Aprendizagem e funções de memória	10%	10%	10%
Comunicação	30%	30%	30%
Relação com os amigos e cuidadores	20%	20%	20%
Índice de Barthel	Dependência severa	Dependência moderada	Dependência leve

Quadro nº 8 -ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A1.

Após análise dos dados podemos referir que a pessoa apresentou uma melhoria significativa na capacidade funcional, explanado no aumento do score de algumas das dimensões avaliadas e no score geral. Na dimensão do autocuidado foi onde se verificou o maior ganho de autonomia, atingindo valores superiores em ambos os instrumentos de avaliação, passando de uma “dependência severa” para “dependência leve” no índice de Barthel.

Estudo de caso A2

Pessoa do sexo masculino com 80 anos de idade. Casado, vivia com a esposa, mas com suporte familiar de filhos e apoio de centro de dia para a prestação de cuidados de higiene e conforto. Necessitava de ajuda total na realização das suas AVD. Tinha como co-morbilidades mieloma múltiplo, adenocarcinoma da próstata, síndrome depressiva, fibrilação auricular, insuficiência cardíaca e esclerose lateral amiotrófica.

Na avaliação inicial, no decorrer da intervenção no internamento em ECCI, verificou-se apresentava rigidez articular acentuada, queixas algícas ligeiras de característica mecânica, disartria e disfagia ligeira e diminuição da capacidade de concentração e de colaboração para o plano de reabilitação. Apesar da

pessoa se encontrar restrita ao leito quando estimulado realizava marcha com ajuda de terceiros por curto trajeto.

Foi realizado programa de reabilitação com o objetivo de aumentar a amplitude de movimento, aumentar a força muscular, consolidar o treino de marcha com ajuda de terceiros aumentando o trajeto, melhorar a autonomia nas AVD e melhorar a capacidade cognitiva.

O plano de reabilitação baseou-se na: mobilização passiva, ativa/assistida e resistida dos membros superiores e inferiores, com o intuito de manter a elasticidade, aumentar a força muscular e percepção do movimento dentro das amplitudes permitidas de forma progressiva; no treino de equilíbrio dinâmico na posição de sentado; no ensino e treino de produtos de apoio, como a utilização da cadeira de banho; ajuste da consistência da dieta passando para triturada e ainda estimulação cognitiva.

Para a estimulação cognitiva foram utilizados alguns materiais de apoio construídos por mim, como um dispositivo com estímulos sensitivos tácteis diversos, um calendário adaptado a pessoa para permitir a gestão do mesmo e ainda algumas imagens alusivas a gostos pessoais da pessoa.

Os resultados do programa de reabilitação podem ser traduzidos na aplicação dos instrumentos de avaliação, estando expressos nos quadros abaixo:

ENCS	1ª Avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral da funcionalidade	50.75%	42%	35.5%
Autocuidado	60%	48%	37%
Aprendizagem e funções de memória	20%	13%	13%
Comunicação	70%	60%	45%
Relação com os amigos e cuidadores	53%	47%	47%
Índice de Barthel	Dependência total	Dependência grave	Dependência moderada

Quadro nº 9-ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A2.

Com a análise dos dados podemos referir que a pessoa apresentou ganhos significativos com a intervenção e programa proposto. Todas as dimensões avaliadas tiveram ganhos, contudo a mais significativa foi a nível cognitivo o que permitiu o maior envolvimento da pessoa na realização dos

autocuidados e consequentemente na melhoria global da sua funcionalidade, passando de uma “dependência total” para “dependência moderada” no índice de Barthel.

Estudo de caso A3

Pessoa de 71 anos de idade, consciente e orientado em todas as dimensões. Vivia com a esposa, independente nas suas AVD até ser submetido a encavilhamento no fémur direito a 20/10 por fratura, ficando dependente no autocuidado em grau moderado. Apresentava como co-morbididades hipertensão arterial e Alzheimer numa fase inicial. Apresentava força muscular grau 4/5 na escala de Lower no membro inferior esquerdo e 3/4 no membro inferior direito. Tinha equilíbrio dinâmico em pé, tinha indicação do meio hospitalar para realizar treino de marcha com andarilho com carga parcial, mas não cumpria por queixas álgicas. Tinha necessidades de ensino e instrução de exercícios osteoarticulares.

O plano de reabilitação teve como principais intervenções as mobilizações passivas, ativas/assistidas e resistidas progressivamente dos membros inferiores, com o objetivo de aumentar a amplitude articular e de movimento, assim como a força muscular. Posteriormente iniciou-se treino de marcha com andarilho com carga parcial e treino de subir/descer escadas com apoio em corrimão.

Os resultados do programa de reabilitação podem ser traduzidos na aplicação dos instrumentos de avaliação, estando expressos no quadro abaixo:

ENCS	1ª Avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral da funcionalidade	21.75%	18%	17.5%
Autocuidado	37%	22%	20%
Aprendizagem e funções de memória	10%	10%	10%
Comunicação	20%	20%	20%
Relação com os amigos e cuidadores	20%	20%	20%
Índice de Barthel	Dependência moderada	Dependência leve	Dependência leve

Quadro nº 10-ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A3.

Com a análise dos dados é possível constatar que a pessoa atingiu ganhos funcionais significativos, apesar de algumas dimensões avaliadas se manterem com o mesmo score. Atingiu a autonomia na marcha e no

autocuidado, passando de uma “dependência moderada” para uma “dependência leve” logo após o segundo momento de avaliação.

Estudo de caso A4

Pessoa do sexo masculino, de 76 anos de idade. Tinha como co-morbilidades insuficiência cardíaca, insuficiência renal crónica, hemiparesia esquerda por sequelas de acidente de viação a muitos anos atrás. Na avaliação inicial, necessitava de ajuda parcial para a realização das suas AVD, exceto na higiene que necessitava de ajuda total. Realizava levantar para sofá com auxílio de familiares, conseguindo mudar de posição sozinho no leito. Não conseguia deambular até ao WC, usando assim, arrastadeira e urinol.

Foi realizado um programa de reabilitação com o objetivo de aumentar a mobilidade, aumentar a força muscular, melhorar o equilíbrio de pé dinâmico e adquirir a capacidade de realizar marcha autónoma. Para tal, a intervenção passou por; mobilização passiva, ativa/assistida e resistida dos membros inferiores, com o intuito de manter a elasticidade, aumentar a força muscular e perceção do movimento dentro das amplitudes permitidas de forma progressiva; treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé; treino de marcha com andarilho, conseguindo inicialmente percorrer apenas 2m de distância, terminando o internamento em ECCI a percorrer mais de 25m; treino de AVD, onde se deu especial atenção ao uso do sanitário.

Os resultados do programa de reabilitação podem ser traduzidos na aplicação dos instrumentos de avaliação, estando expressos no quadro abaixo:

ENCS	1ª Avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral da funcionalidade	29.5%	26.25%	18%
Autocuidado	50%	43%	20%
Aprendizagem e funções de memória	13%	12%	12%
Comunicação	35%	30%	20%
Relação com os amigos e cuidadores	20%	20%	20%
Índice de Barthel	Dependência moderada	Dependência leve	Dependência leve

Quadro nº 11-ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A4.

Com o plano de intervenção proposto a pessoa passou de uma “dependência moderada” para “dependência leve” na segunda avaliação, conforme os dados acima do índice de Barthel. Teve ainda ganhos em algumas dimensões avaliadas o que lhe permitiu o ganho de autonomia no autocuidado e na capacidade de marcha autónoma.

Estudo de caso A5


Pessoa do sexo feminino, orientada em todas as dimensões com 80 anos de idade. Tinha como comorbilidades fratura da bacia direita consequência de uma queda, hipertensão arterial e Parkinson. Na avaliação inicial, dependente total na realização das suas AVD. Usava fralda, por não se conseguir deslocar ao WC, autoposicionava-se no leito com dificuldade, não tinha equilíbrio dinâmico sentado e realizava levantar diário para sofá. Vivía com o marido que era o seu cuidador e tinha apoio de centro de dia para a realização dos cuidados de higiene.

Foi realizado programa de reabilitação motora no sentido de aumentar a força muscular dos membros inferiores, de melhorar as AVD, nomeadamente no uso do WC e no vestir/despir e de adquirir a capacidade de marcha com auxiliar. Para tal foram realizadas mobilizações passivas, ativas/assistidas e resistidas de forma progressiva, exercícios de força muscular, treino de equilíbrio sentado e de pé, ensino/treino de vestir/despir e uso de Wc, e treino de marcha com auxiliar andarilho.

Os resultados do programa de reabilitação podem ser traduzidos na aplicação dos instrumentos de avaliação, estando expresso no quadro abaixo:

ENCS	1ª Avaliação	Após intervenção de ER	Avaliação final
Score geral da funcionalidade	33.75%	27%	17.5%
Autocuidado	85%	58%	20%
Aprendizagem e funções de memória	10%	10%	10%
Comunicação	20%	20%	20%
Relação com os amigos e cuidadores	20%	20%	20%
Índice de Barthel	Dependência Moderada	Dependência leve	Dependência Leve

Quadro nº 12 -ENCS e Índice de Barthel aplicados ao estudo de caso A5.



Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário|

Após intervenção e cumprimento do plano de reabilitação a pessoa adquiriu a capacidade de realizar marcha com andarilho de forma autónoma e segura, assim como autonomia nos autocuidados. Sendo possível constatar com a análise dos dados referentes aos instrumentos de avaliação aplicados.

5. DISCUSSÃO

Neste subcapítulo irá ser apresentada a discussão dos resultados apresentados. A aplicação da estratégia de intervenção profissional, teve por base uma metodologia que diferencia a potencialização das capacidades funcionais da pessoa assente na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (2001), em complementaridade com a metodologia de cuidados de Lopes (2006) e ainda na perspetiva da qualidade dos cuidados de Donabedian (2005), primando por resultados seguros, consistentes e replicáveis. Também foi utilizado o método de estudo de caso de Yin (2005) que oferece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida da pessoa. Com a análise do dados do estudo, verificou-se que houve um aumento da funcionalidade, da capacidade de autocuidados, da aprendizagem, das funções mentais e comunicação, em todos os indivíduos, conforme o pressuposto por Orem (2001) que defende que a capacidade da pessoa em se envolver no autocuidado abrange um domínio físico, cognitivo, emocional ou psicossocial e do comportamento (Petronilho, 2012).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são casados. Quanto à variável escolaridade, não é observada grande oscilação na amostra, com maior predomínio das pessoas com a 4ª classe completa, sendo que apenas dois participantes têm a 2ª classe.

Dimensão cognitiva e comportamental

O plano de intervenção realizado pretendeu aumentar a capacidade da pessoa a nível cognitivo, podendo verificar-se a efetividade destas intervenções através dos ganhos a nível das dimensões “aprendizagem e funções mentais” e “comunicação” (Fonseca e Lopes, 2014).

O envelhecimento cognitivo conduz a vários declínios de memória e capacidade de trabalho impedindo a aquisição de competências cognitivas complexas, conduzindo consequentemente a um aumento dos recursos de cuidados sociais e de saúde (Fonseca e Lopes, 2014).

A reabilitação cognitiva segundo Brummel *et al.* (2012) é especialmente importante nas pessoas que estão mais restritas ao domicílio, pois estas estão cognitivamente inativas durante longos períodos por ausência/diminuição de estímulo. Assim, é crucial a intervenção do EEER para estimular a orientação, a atenção, a consciência e a memória.

Um programa de ER deverá integrar a avaliação do potencial cognitivo e de aprendizagem da pessoa, uma vez que é necessário definir linhas de orientação de reeducação cognitiva, de forma a perceber quais as

alterações presentes e de que forma essas interferem no programa de reabilitação (Varanda e Rodrigues 2016).

Conforme podemos constatar com a análise dos dados nem todos os indivíduos apresentaram ganhos no score de algumas dimensões, nomeadamente na aprendizagem e funções de memória, comunicação e relação com os amigos e cuidadores. Estes resultados apoiam o defendido por Orem (2001), uma vez que nos estudos de caso expostos, nem todas as pessoas apresentam alterações nas dimensões “aprendizagem e funções mentais” e/ou “comunicação”; “consciência”; “orientação”; “atenção”; “memória” (Fonseca e Lopes, 2014) entre a primeira avaliação e a final. E Orem (2001) refere que a pessoa tem capacidade para desenvolver comportamento de autocuidado nos vários domínios (cognitivo, emocional, comportamental e físico). Este fator foi preponderante, pois através dos ensinamentos realizados sobre as novas adaptações a novos estilos de vida e sua importância (Silva *et al.*, 2017) (Calvacante *et al.*, 2018), conseguiu-se influenciar positivamente o processo de reabilitação, uma vez que o autocuidado pressupõe a capacidade da pessoa para tomar decisões deliberadas com o objetivo de conservar a vida, o bem-estar e a independência de autocuidados (Orem, 2001).

Todas as pessoas avaliadas já apresentavam bom score nessas valências, logo não foi possível visualizar tão nitidamente essa evolução, pois, neste caso, o objetivo do EEER foi potenciar essas capacidades e não as melhorar (Fonseca e Lopes, 2014).

É de salientar que o estudo de caso A2 apresentava como co-morbilidade disartria e na avaliação final obteve ganhos ao nível da comunicação.

A comunicação é um ponto fulcral no programa de reabilitação, uma vez que esta envolve a expressão verbalmente e não verbal e a compreensão simbólica que é essencial para todas as relações que envolvem a pessoa, ainda mais com os profissionais de saúde. Alterações neste domínio condicionam a concretização das AVD, a relação com os outros e com a comunidade, restringindo assim a independência (Brummel *et al.*, 2012).

Desta forma, as intervenções que visam o domínio cognitivo foram ajustadas e implementadas dependendo da pessoa em intervenção, de forma a potenciar as capacidades da pessoa e consequentemente fortalecer a relação terapêutica (Varanda & Rodrigues, 2016). Assim, para o estudo de caso A2 o programa de reabilitação foi baseado numa linguagem simples e concisa, transmitida de forma calma, usando todas as vertentes possíveis de linguagem verbal e não verbal (Silva, 2017). Esta dinâmica permitiu melhorar a compreensão e expressão da pessoa, daí a aquisição de um score mais elevado.

Também para o estudo de caso A2, e porque este apresentava pouco envolvimento e colaboração com o plano de intervenção, foram usadas estratégias, como o estabelecimento de uma relação de confiança e definição em conjunto com a pessoa de objetivos realistas, para a pessoa valorizar os ganhos e aumentar a motivação e consequentemente potenciar o seu processo de reabilitação (Sant’anna *et al.*, 2010; Hoeman, 2011).

De acordo com o preconizado pela teoria de Orem, a intervenção terapêutica deve basear-se no fornecimento de estratégias com vista à aquisição de uma maior capacidade para o autocuidado, tendo sempre em contas as limitações funcionais da pessoa (Loft *et al.*, 2014). Petronilho (2012) refere que o domínio comportamental diz respeito às habilidades necessárias para realizar o autocuidado, isto é, a prática de ações ou atividades iniciadas e executada pelas pessoas, dentro dos prazos adequados, por si próprios e dentro do interesse para a manutenção da vida, do funcionamento saudável e consequentemente na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar.

Como também já foi referido anteriormente, de forma a capacitar a pessoa para o autocuidado, foram implementadas intervenções, tendo em conta os défices funcionais de cada pessoa, baseadas em ensinamentos, junto da mesma e dos seus cuidadores, com vista à aquisição de estratégias adaptativas para o autocuidado (Calvacante *et al.*, 2018). Foi fornecida informação sobre estilos de vida saudáveis, de forma a educar a pessoa e o seu cuidador sobre o seu processo de doença e consequentemente prover os mesmos da capacidade de seleção de estilos de vida saudáveis adaptados à doença e limitação funcional atual (Calvacante *et al.*, 2018). Foram ainda, realizados ensinamentos e treinos na utilização de dispositivos e produtos de apoio (OE, 2015).

No estudo de caso A1 foram realizados ensinamentos e treino de atividades básicas de vida diária como pentear, ensinamentos e treino de vestir/despirm metade superior e inferior do corpo (Ribeiro, 2014:29), treino do uso do sanitário (Ribeiro, 2014) e ainda treino de marcha com auxiliar andarilho evoluindo progressivamente para bengala (Vieira & Caldas, 2017).

Para o estudo de caso A2 foram realizados ensinamentos e treinos, quer para a pessoa quer para o familiar/cuidados, sobre estratégias para a mudança de posição e transferências cama-cadeira higiénica (OE, 2015). Todas as outras atividades tinham de ser substituídas pelo cuidador, tendo por isso sido feito apenas ensinamentos de estratégias de facilitação para a realização das mesmas por parte do cuidador.

Relativamente ao estudo de caso A3 foram realizados ensinamentos e treino sobre a importância da automobilização (OE, 2015), treino de marcha com auxiliar andarilho e treino de subir/descer escadas com auxílio de corrimão (OE, 2015).

Os ensinamentos e treinos realizados no estudo de caso A4 foram: treino de marcha com auxiliar andador; uso do sanitário ao invés da arrastadeira e urinol anteriormente utilizado.

Para o estudo de caso A5 foram executados ensinamentos e treinos sobre o vestir/despir da metade superior e inferior do corpo (Ribeiro, 2014:29), atividades básicas da vida diária como pentear e lavar os dentes, uso do sanitário e ainda treino de marcha com auxiliar andador (OE, 2015).

Assim, podemos referir que os ensinamentos realizados em todos os casos potenciaram: o aumento da capacidade para a pessoa tomar decisões; a melhoria da funcionalidade; o ganho de autonomia no autocuidado e consequentemente o aumento dos níveis de saúde e bem-estar da pessoa e do seu cuidador (Calvacante *et al.*, 2018).

Em todos os estudos de caso o EEER incentivou a pessoa para a aquisição dos objetivos propostos e de outros novos reforçando positivamente cada ganho obtido no seu percurso, comparando a sua situação atual com a situação inicial. É da competência do enfermeiro orientar a pessoa segundo os seus objetivos, de forma, a ir ao encontro da satisfação das suas necessidades e expectativas proporcionado a aquisição de competências essenciais para a sua independência (Araújo *et al.*, 2008).

Dimensão emocional/psicossocial

Uma das prioridades de uma intervenção terapêutica é integrar e promover a adesão do paciente no tratamento (OMS, 2003). Apesar de tudo o que se possa fazer, a recuperação depende tanto ou mais da pessoa do que do ER. Se o paciente não estiver consciente da importância da adesão ao processo terapêutico, isto é cumprir com as recomendações do profissional de saúde, os efeitos na sua saúde a longo prazo serão reduzidos (OMS, 2003).

O EEER deverá ter em conta os fatores psicológicos específicos de cada pessoa como a personalidade, autoestima, autoconceito, motivação para a recuperação e a confiança em si próprio e no profissional que lhe presta cuidados, de forma a que a pessoa adira ao programa de reabilitação delineado e que acredite que é capaz de recuperar (Brito, 2013).

Assim, a intervenção do EEER é importante na medida estimula as pessoas desde o início do quadro de dependência até à sua recuperação, a realizarem todas as suas AVD e AVDI, que normalmente estes não conseguem. Esta atitude permite a capacitação das pessoas para que recuperem a sua independência e

concludentemente a sua participação e reinserção na comunidade, não suprimindo o envolvimento da família em todo este processo (Caldas, 2018).

É de grande importância que o EEER estabeleça com o doente/família uma relação terapêutica e de empatia, que promova a sua adesão ao programa de reabilitação proposto (Calvacante *et al.*, 2018). O EEER estabelece uma relação de parceria, intervindo não só junto da pessoa como do seu familiar/cuidador, de forma a simplificar a promoção do autocuidado, conforme definido pelas competências regulamentadas pela OE e pela teoria dos sistemas de enfermagem apresentado por Orem (2001) (Maia, 2014).

Portanto, e segundo as premissas teóricas de Orem (2001), o EEER deve: iniciar e manter uma relação terapêutica com a pessoa e o seu cuidador, até que este não necessite de cuidados; determinar quais as necessidades de cuidados de enfermagem; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta à pessoa e aos seus cuidadores; coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa com dependência no autocuidado e na do seu cuidador.

No estudo de caso A1 a pessoa encontrava-se motivada fruto da sua situação social. Tratava-se de uma pessoa sem cuidador, apenas com uma amiga que pontualmente prestava algum auxílio, tendo por isso necessidade de se envolver e aderir ao plano terapêutico proposto para adquirir a autonomia no autocuidado e consequente ganho de funcionalidade (Menoita, 2012:26).

Por outro lado, o estudo de caso A2 não demonstrava qualquer envolvimento e motivação com a intervenção terapêutica. Tratava-se de uma pessoa com quadro depressivo acentuado, fechado no seu eu e sem necessidade de realizar as suas AVD, uma vez que a cuidadora o substitua em todas as suas funções. Contudo, e após o decorrer do internamento em ECCL e ao ver os ganhos atingidos a pessoa mudou o seu comportamento, envolvendo-se e cumprindo o plano de intervenção proposto, obtendo ganhos ao nível do score do domínio da comunicação (Hoeman, 2011).

O estudo de caso A3 sempre aderiu ao programa terapêutico. Referia ter necessidade de readquirir a sua independência tendo como foco o seu gosto e dedicação pelas atividades hortícolas.

O estudo de caso A4 não revelou inicialmente qualquer adesão ao plano terapêutico. Apresentava já há algum tempo limitação funcional por sequelas de acidente de viação que condicionou o acreditar na possível recuperação de algumas competências físicas e sociais. Assim sendo, no fim da intervenção a pessoa adquiriu ganhos no domínio da comunicação (Borges, 2018).

No que diz respeito ao A5 a pessoa encontrava-se motivada e envolvida no programa terapêutico. Ansiava pela recuperação motora e funcional de forma a colmatar a ausência na realização das suas atividades

domésticas atualmente realizados pelo seu cuidador. No fim da intervenção os domínios comunicação, aprendizagem e memória e relação com o cuidador não apresentou alterações, uma vez que a pessoa já apresentava scores sustentáveis. Contudo, e conforme foi referido anteriormente, a boa cotação nesses domínios incitou para a recuperação do autocuidado.

Desta forma, foi necessário encontrar estratégias para conseguir melhorar a motivação da pessoa e assim potenciar os seus ganhos funcionais. Uma das principais estratégias foi o estabelecimento de uma relação de confiança com definição de objetivos atingíveis e realistas, através de uma entrevista motivacional na fase inicial de avaliação (Hoemen, 2011).

Durante o processo de internamento e acompanhamento das pessoas o EEER foi incentivando os mesmos para a conquistas de novas competências, valorizando os pequenos ganhos atingidos ao longo da intervenção para aumentar a autoestima e prevenir a frustração (Petronilho, 2012:90).

De uma forma geral, a intervenção e os ensinamentos clínicos realizados permitiram uma relação de proximidade que levou ao aumento da adesão das pessoas e seus familiares/cuidadores aos cuidados de enfermagem de reabilitação, manifestando-se pela aquisição de habilidades e desenvolvimento de estratégias de *coping* pelos cuidadores.

Dimensão física

Para todos os estudos de caso, e em consequência das situações clínicas, foram identificadas limitações motoras e funcionais que permitiram a caracterização, segundo o instrumento de avaliação Barthel do grau de dependência.

As limitações funcionais existentes em cada pessoa foram identificadas na avaliação inicial, ou de diagnósticos, tendo como foco central a recolha de informação sobre as dificuldades sentidas pela pessoa e pelo seu cuidador, de forma a planear e definir os objetivos a atingir e as intervenções a executar para aquisição dos mesmos (OE, 2015).

Após a avaliação inicial identificou-se com a índice de Barthel que: o estudo de caso A1 apresentava de dependência severa, o A2 dependência total e o A3, A4 e A5 dependência leve com maiores limitações na mobilidade e consequentemente na locomoção.

Inicialmente, a prioridade estabelecida foi manter/melhorar a mobilidade articular e a força muscular para prevenção da síndrome de imobilidade (Ribeiro *et al.*, 2011:137). Manter a mobilidade articular é, assim, fulcral para a realização do autocuidado, aliás, Coelho, Barros e Sousa (2016) referem que esta

técnica é de elevada importância quando se fala da recuperação motora e funcional da pessoa. Também Menoita (2012) refere que para manter e/ou recuperar a amplitude dos movimentos de forma a conservar a integridade das estruturas articulares e a flexibilidade, prevenindo a formação de aderências e contraturas, é essencial a realização da técnica de mobilização.

As mobilizações foram realizadas com todos os estudos de caso de forma progressiva com movimentos ativos-assistidos e ativos resistidos (OE, 2015). Tendo por base o descrito na literatura, previamente à realização dos exercícios a pessoa era posicionada de forma adequada, mantendo sempre o correto alinhamento corporal, eram realizadas de forma lenta, orientada e de forma repetida de acordo com a tolerância da pessoa (Coelho, Barros e Sousa, 2016). As séries realizadas de cerca de sete repetições por dia, por cada movimento, devendo-se manter até a pessoa apresentar melhorias funcionais indo ajustando ao longo das sessões de reabilitação (Yosef-Brauner *et al.*, 2015; Schujmann *et al.*, 2018).

Foram ainda sensibilizadas e incentivadas as pessoas e seus cuidadores para a necessidade de auto mobilização do dependente, com o intuito de prevenir a rigidez articular e impedir a perda de função, aquando os dias de ausência de intervenção da equipa de ECCI (OE, 2015).

Todos os estudos de caso foram instruídos, incentivados, ensinados e treinados a realizar técnicas de contrações isométricas (glúteos, quadríceps e abdominal), mobilização ativas e mobilizações resistidas em sequência com três series de dez repetições conforme a sua tolerância (Yosef-Brauner *et al.*, 2015; Schujmann *et al.*, 2018). Estes exercícios têm como foco o fortalecimento muscular que é um fator importante para a capacidade de equilíbrio, para a aquisição da posição de pé e consequentemente para a capacidade de marcha (Faria, Machala, Dias, Marcos, Dias, 2003).

A manutenção do equilíbrio é um fator fundamental para a realização das AVD, uma vez que é responsável pela estabilidade corporal (Kisner & Colby, 2016). Para a capacitação da pessoa para a locomoção é importante melhorar o equilíbrio corporal, e para isso, foi feito o treino de equilíbrio (estático e dinâmico) na posição sentado e na posição ortostática, com auxílio de componentes instáveis dependendo da capacidade da pessoa, com a devida correção postural (OE, 2015).

Ainda nesta dimensão, e no que diz respeito ao aumento da independência na locomoção, é importante a realização do treino de marcha, tendo sempre em conta a segurança da pessoa (Vieira & Caldas, 2017:553). Para tal, foi necessária uma avaliação por parte do EEER sobre as condições do domicílio, nomeadamente barreiras arquitetónicas e possíveis focos de risco de queda e ainda realizadas ações de sensibilização e esclarecimento aos cuidadores com o objetivo de reduzir o risco de queda.

No estudo de caso A1 foi realizado o treino de equilíbrio de pé dinâmico para posteriormente ser treinada a marcha com auxiliar andarilho evoluindo progressivamente para bengala (Vieira & Caldas, 2017).

Para o estudo de caso A2, e uma vez que a pessoa se encontrava dependente total, foi realizado o equilíbrio sentado estático e dinâmico e o treino de transferências com auxílio da cuidadora (OE, 2015).

Relativamente ao estudo de caso A3 foi também realizado o treino de equilíbrio e treino de marcha com auxiliar andarilho e treino de subir/descer escadas com auxílio de corrimão (OE, 2015).

Nos estudos de caso A4 e A5 foi treinado o equilíbrio de pé e o treino de marcha com auxiliar andarilho no domicílio mas também no exterior do mesmo, potenciando a capacidade motora e funcional assim como a participação social. (OE, 2015).

O treino de AVD é também uma intervenção fundamental quando o objetivo é o ganho de autonomia no autocuidado. Este treino AVD refere-se às tarefas comuns desempenhadas pela pessoa no dia-a-dia e integram as atividades básicas de vida (cuidado pessoal) e as atividades instrumentais de vida diária (atividades domésticas e comunitárias) (Couto, 2012). Em todos os estudos de caso foram ensinadas e treinadas técnicas facilitadoras para a realização do autocuidado, assim como identificadas adaptações facilitadoras do domicílio.

No estudo de caso A1 e A5 foram realizados ensino e treino de atividades básicas de vida diária como pentear, ensino e treino de vestir/despir metade superior e inferior do corpo (Ribeiro, 2014:29) e treino do uso do sanitário (Ribeiro, 2014:31)

No autocuidado comer e beber, verificou-se a necessidade de ensinamentos à cuidadora do estudo de caso A2, uma vez que este apresentava alterações de deglutição de alimentos sólidos rijos, como por exemplo carne (Theofanidis *et. al.*, 2016). Para tal, foi fornecida informação sobre a consistência da dieta e foi sugerido à cuidadora que triturasse a mesma, diminuindo deste modo a aspiração de conteúdo alimentar.

No estudo de caso A2, houve a necessidade de melhorar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas respeitantes ao défice sensorial sobretudo na gestão do ambiente físico. Foi realizada a estimulação sensitiva, através de um dossier com diferentes texturas, e ainda ensinada a técnica de posicionamento por parte da cuidadora (OE, 2015) permitindo, deste modo, a “manutenção das capacidades sensorio preceptivas e das funções psicomotoras e cognitivas” (Borges, 2018:5).

Relativamente ao estudo de caso A3 e uma vez que este se apresentava independente em AVD apenas foram ensinadas técnicas facilitadoras para a realização das mesmas.

O estudo de caso A4 foi feito o treino do uso do sanitário ao invés da arrastadeira e urinol anteriormente utilizado.

Resumidamente, os cuidados prestados vão de encontro às intervenções identificadas na RSL e no plano de intervenção. Estas intervenções encontram-se resumidas sendo apresentadas no quadro nº 14.

Intervenções do domínio físico	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar conhecimento sobre as necessidades de adaptação do domicílio para andar e realização de ensinos (OE, 2015);- Ensinar e treinar técnica de adaptação para andar” (OE, 2015);- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar” (OE, 2015);- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar” (OE, 2015);- Vigiar a deglutição (Theofanidis et. al., 2016);- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene” (OE, 2015);- Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene” (OE, 2015);- Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene” (OE, 2015);- Ensinar técnicas de adaptação para autocuidado: vestuário (OE, 2015);- Executar técnica de posicionamento (OE, 2015);- Incentivar a execução de exercício muscular e articular (OE, 2015);- Correção postural (OE, 2015);- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (OE, 2015);- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido (OE, 2015);- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (OE, 2015);- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar (OE, 2015);- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos (OE, 2015);- Auto mobilizações (OE, 2015);
Intervenções do domínio cognitivo e comportamental	<ul style="list-style-type: none">- Educar e instruir a pessoa sobre a doença (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Promoção do autocuidado – Treino e instrução dos cuidadores (Calvacante <i>et al.</i>, 2018);- Verificação das condições do domicílio no pós-alta (Asiri <i>et al.</i>, 2014);- Explicar e discutir sobre a doença, regime de tratamento e mudanças necessárias no estilo de vida (Silva <i>et al.</i>, 2017);

Quadro nº 13- Resumo das intervenções realizadas do plano de intervenção.

Perante isto, e conforme referido já anteriormente, foi então elaborado um plano de intervenção específico por cada dimensão, sendo este adaptado e individualizado para cada pessoa, tendo em contas as suas necessidades e limitações. Na prestação de cuidados as pessoas foram ensinadas, instruídas e treinadas acerca de estratégias adaptativas para colmatar défices apresentados e assim diminuir a dependência no autocuidado.

6- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A enfermagem como ciência e profissão tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Acompanhando esta evolução surgiu a especialização em diferentes áreas da enfermagem e, mais recentemente, os cursos de mestrado em enfermagem também associados à especialização, onde os enfermeiros especialistas adquirem novos conhecimentos e novas competências.

Os enfermeiros especialistas contribuem para a melhoria dos cuidados, valorizando todas as áreas desde a conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem, a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, a promoção da reflexão sobre as práticas e a elaboração de projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação (Gomes, 2006).

Assim, surge a “necessidade de a prática de enfermagem ser desenvolvida de uma forma fundamentada, critica e refletida tendo subjacente uma prática de cuidados integrais incluindo a promoção, prevenção e reabilitação” (Gomes, 2006).

As competências comuns do enfermeiro especialista englobam as dimensões “da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº 140/2019:4744). Delas fazem parte o aprofundamento das competências e dos conhecimentos do enfermeiro de cuidados gerais. Assim, o enfermeiro especialista, detém conhecimentos específicos de uma determinada área da enfermagem permitindo uma elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se reflete numa determinada área de intervenção, demonstrando um grande nível de adaptação dos cuidados prestados às necessidades de saúde das pessoas em todos os níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019).

A obtenção do grau de mestre visa atingir um conjunto de competências. Segundo o Decreto Lei nº 63/2016, para alcançar este grau do ensino superior, a pessoa deve ser detentora de conhecimentos mais aprofundados, já obtidos ao nível do primeiro ciclo, numa determinada área de estudo, sendo que estes devem ser dirigidos e aplicados de forma original, principalmente a nível da investigação. Deve também conseguir a aplicabilidade dos conhecimentos e capacidades, da sua área de estudo, de forma a solucionar problemas novos para si, num contexto multidisciplinar.

É também indispensável a capacidade de assimilação de novos conhecimentos, solucionando questões complexas e emitir juízos de valor, mesmo quando a informação está incompleta, conseguindo realizar reflexões éticas e sociais.

Este capítulo, aborda a análise às competências adquiridas através do desenvolvimento deste relatório e de todo o percurso realizado neste estágio, de acordo com os objetivos propostos.

6.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento 140/2019). Entende-se por competências comuns as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, que são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados primando por um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento 140/2019).

Os domínios de competências comuns, que são uma esfera de ação, compreendem um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados a todos os enfermeiros especialistas, sendo estas a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista no âmbito do seu campo de intervenção, desenvolve uma prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que garantem o respeito pelos direitos humanos e a autorresponsabilização pelas suas intervenções (Regulamento 140/2019).

Na prestação de cuidados de enfermagem é assegurada a dignidade de cada pessoa cuidada. O cuidado está inerente à profissão de enfermagem, tendo por base o código deontológico e onde são garantidos os princípios éticos subjacentes à investigação em Enfermagem. Em todos os estágios a confidencialidade, foi garantida restringindo à mestranda e ao enfermeiro supervisor do estágio.

Os conhecimentos dos dados referentes à pessoa participante no estudo serão destruídos após a apresentação do relatório. A veracidade foi exposta de forma inequívoca no desenrolar de todo o projeto aos participantes e explicando claramente os riscos e benefícios, de forma a garantir o conhecimento de toda a informação. O consentimento informado livre e esclarecido foi também tido em conta neste relatório. A avaliação da maleficência, foi garantida, dado que o projeto implementado teve em consideração não causar qualquer prejuízo à pessoa participante. Foi ainda garantido o estabelecimento

de uma relação de confiança com o participante, assim como o princípio da justiça, sendo prestados cuidados de forma equitativa e não a determinada pessoa em detrimento de outra. A beneficência foi também tida em conta, no sentido em que foi realizado o que foi considerado o melhor para a pessoa, assente em conhecimentos científicos comprovados (Nunes, 2013; Lei nº 156/2015).

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista é dinamizador do desenvolvimento da instituição e da equipa onde está inserido através do suporte das iniciativas da instituição na área da governação clínica e da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Através da realização das suas ações o enfermeiro especialista garante um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº140/2019).

Hesbeen (2001) refere que a aquisição de competências se realiza na prática clínica, reorganizando conhecimento e saberes. Sabendo que a formação teórica e teórico-prática é conduzida durante o período de formação dos cursos de especialização é importante, mas, é em contexto clínico que se desenvolve grande parte dos conhecimentos, mobilizando saberes anteriores, por via do contacto com situações reais.

A necessidade da melhoria continua enquanto profissional de saúde, refletiu-se na necessidade de continuar na progressão dos estudos dado que se preconiza que o profissional de saúde desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011). Assim, o ganho de competências no domínio da melhoria continua da qualidade começou pelas aulas das diferentes unidades curriculares que englobam este mestrado, que permitiu ter uma ampla visão desde políticas de saúde e modelos de cuidados de saúde, gestão e governação clínica, investigação em enfermagem e ética em enfermagem.

No primeiro estágio, na vertente ortopédica, foram atividades terapêuticas e exercícios para manter/aumentar a força muscular (mobilizações osteo-articulares ativas, ativas assistidas, resistidas; tonificação muscular (exercícios isométricos e isotónicos); técnicas de reeducação funcional respiratória sempre que se justificava (exercícios de correção postural, exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, técnicas de reeducação costal e diafragmática, uso do inspirómetro de incentivo); transferências e posicionamentos; treino de AVD alimentação, higiene, vestir e despir; treino de verticalização com plano inclinado; treino de marcha a três pontos com canadianas e andarilho; subida e descida de escadas com canadianas; aplicação de coletes de Jewett e Chairback; assistir a duas cirurgias de prótese do joelho e anca; realização de três visitas domiciliárias no âmbito do projecto

Habilitar. O desenvolvimento destas atividades teve como objetivo capacitar o utente com alterações ortotraumatológicas, para que estes continuassem o seu programa de reabilitação no domicílio para que assim melhorassem a sua qualidade de vida. Foram realizados ensinamentos/treino de exercícios de preparação da pessoa no pré e pós-operatório, de forma a prevenir e corrigir complicações e implementar intervenções planeadas com vista a otimizar a funcionalidade. Todas estas atividades descritas, a maioria delas, foi executada pela primeira vez, o que permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade com a aquisição de novos conhecimentos.

Durante a realização do estágio final foi elaborada uma RSL com o título “Enfermagem de Reabilitação e a pessoa com alterações neurológicas- contexto domiciliário”, com o objetivo de perceber quais as intervenções por parte do enfermeiro especialista em pessoas com défice de autocuidado com alterações neurológicas.

Foram também partilhados com os pares, em contexto de cuidados, os resultados obtidos com a implementação de programas de reabilitação para pessoa com défice de autocuidado com alterações neurológicas. Foi ainda realizada uma sessão de educação postural nas escolas da área de atuação da UCC, a pedido do enfermeiro supervisor, assim como, elaborados folhetos sobre o autocuidado para pessoas com prótese do joelho e com prótese da anca.

Estes momentos de partilha e de conhecimento, serviram para dar a conhecer e encorajar a prestação de cuidados de qualidade, promoção do interesse pela melhoria contínua dos cuidados prestados, percebendo por exemplo, quais os indicadores sensíveis aos cuidados de ER que podem ser explorados, motivando o seu desenvolvimento e a realização de mais estudos neste âmbito. Ao longo de todo este processo de prestação de cuidados foi considerada a gestão ambiental e os riscos para a pessoa, família/cuidador e integrantes da equipa de saúde, transmitindo conhecimentos e mostrando disponibilidade para a garantia da satisfação de necessidades culturais e espirituais.

Competências do domínio da gestão de cuidados

Neste domínio, o fator predominante é o gerir os cuidados prestados, ajustando-os em consonância com a equipa de profissionais de saúde disponível e adequando-os a liderança e a gestão de recursos à situação particular de cada pessoa cuidada, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade (Regulamento nº 140/2019).

Durante o estágio final foram prestados cuidados à pessoa, articulando as suas necessidades com os recursos materiais e humanos existentes na UCC.

Durante a gestão dos cuidados foi necessário otimizar frequentemente o processo de cuidados. Por exemplo, a gestão dos momentos de cuidados prestados, em que foi tido em atenção o horário de intervenção para não coincidir com horários de refeições ou de trabalho com outros elementos como por exemplo o apoio domiciliário. A continuidade dos cuidados ficou sempre assegurada através de registos informáticos em *SClinic* e na plataforma da RNCCI, onde foi dado especial enfoque à capacidade da pessoa para a realização dos seus autocuidados, de forma a promover a sua autonomia.

As tarefas delegadas, seja a outros profissionais quer seja aos cuidadores, decorreram com orientação prévia e supervisão, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista possui conhecimentos e executa a sua prática baseada em padrões de conhecimento válidos e sólidos, desenvolvendo um apurado autoconhecimento e assertividade, reconhecendo a sua importância e influência no processo terapêutico da pessoa (Regulamento nº 140/2019).

O EEER ao possuir conhecimentos diferenciados consegue realizar ensinamentos de uma forma mais eficaz, facilitando o processo de aprendizagem da pessoa. Durante o primeiro estágio, houve a oportunidade de realizar ensinamentos à pessoa/família relativamente às diversas AVD, preparando-os para o regresso a casa (focando aspetos tais como acessibilidades e barreiras arquitetónicas); ensinamentos de colocação do colete de Jewett e Chairback, proceder à entrega de folhetos à pessoa/família que vão de encontro à preparação da alta, lembrando os cuidados de reabilitação que devem manter; e de ensinar/treinar o utente/família sobre a utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração no domicílio.

Ao longo do estágio final foi executada uma revisão da literatura consultando bibliografia baseada em conhecimentos científicos, com a complementaridade dos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e práticas, assim como, nos momentos de partilha de conhecimentos com o enfermeiro supervisor, acrescentando desta forma, novos conhecimentos na área da especialidade e resultando numa prática baseada na evidência. Esta necessidade de pesquisa surgiu pela necessidade de complementaridade de conhecimentos, sendo muitas das vezes discutidas e tiradas dúvidas com o enfermeiro supervisor.

6.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O EEER que tem como competência específica a “avaliação do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial e da alimentação, assim como, a identificação das necessidades de intervenção para reeducar esses domínios” (Martins, 2015: 31). Para isso, o EEER deve recolher informação pertinente e utilizar as escalas para avaliar a funcionalidade que o doente tem para a realização da atividade de vida diária, como por exemplo, comer e beber de forma independente de modo a identificar as necessidades da sua intervenção para otimizar e/ou reeducar a sua capacidade. É também “competência do EEER conceber planos e prescrever as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação e, ainda, elaborar programas de reeducação funcional ao nível da alimentação promovendo a autonomia e a qualidade de vida” (Martins, 2015:56).

O EEER “tem competências que lhe permitem elaborar um diagnóstico precoce e implementar um plano de enfermagem de Reabilitação, com intervenções que assegurem a prevenção de complicações e de incapacidades” (Góis & Ferreira, 2018).

A família / cuidador tem sempre um papel importante na vida do doente e por isso deve ser integrada nos cuidados. Deste modo o EEER “deve discutir as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e definir com eles quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida” (Martins, 2015:57). Ferreira (2017) diz que se deve identificar a maneira de intervir mais adequada analisando quais as necessidades da pessoa, e dos SEUS cuidadores e, com base nesses dados, ajustavam-se os programas de ensino e treino, com vista à melhor adaptação.

6.3- COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O aprofundamento de conhecimentos é essencial à profissão de enfermagem dado que o enfermeiro tem o dever de manter continuamente os conhecimentos atualizados, permitindo assim, prestar cuidados com competências relacionais, técnicas e científicas de qualidade. Desta forma irá de encontro ao direito da pessoa de ter cuidados baseados nos mais recentes conhecimentos nos vários domínios (Lei nº 156/2015). A formação inicial, na escola, é o início do trajeto profissional que deve ser progressivo e evolutivo em conjunto com formação e atualização adequadas, permitindo a melhoria de conhecimento e da

capacidade de reflexão da mestrandia (Lei nº 156/2015). É também neste contexto que surge o desejo de aprofundamento de conhecimentos, permitindo dar respostas mais especializadas às necessidades dos clientes no sentido da prestação de cuidados de excelência. Segundo o Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, que regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido, numa área de especialidade, ao que possuir e souber aplicar um elevado nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em diferentes situações, ter a capacidade para integrar conhecimentos, deter da capacidade para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua de forma autónoma.

O presente relatório vem comprovar este aprofundamento de conhecimentos na área da ER. Os conhecimentos partilhados com vários profissionais contribuíram para este processo de aprendizagem e para o investimento individual no sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados baseada na evidência científica. A estratégia de intervenção profissional implementada, segundo os princípios reguladores da profissão de enfermagem, confere competências comuns do enfermeiro e competências específicas do EEER, demonstrando a aquisição de competências clínicas.

No percurso do mestrado foi possível o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que permitiram dar respostas aos novos desafios apresentados, através dos conhecimentos transmitidos pelos docentes, por outros profissionais e pela pesquisa bibliográfica e científica realizada. Estas atividades deram origem a este relatório.

No que diz respeito as responsabilidades éticas, sociais e profissionais das intervenções, atuou-se de forma altruísta e solidária, pela proteção e defesa da pessoa humana de práticas que, contrariem os direitos, a ética ou o bem comum. Em todo este processo uma mobilização constante de conhecimentos e aptidões, de reflexões e aperfeiçoamentos, foi levada a cabo. Participou-se de forma proactiva em todos os momentos do ensino clínico, promovendo bons ambientes de cuidados, integrando e conectando profissionais, pessoas e suas famílias em prol da saúde. Os cuidados prestados respeitaram um padrão de conduta pessoal dignificadora da profissão. Além disto, a estratégia realizada segue os princípios da promoção da excelência profissional, que se entende como um contributo válido para o desenvolvimento teórico e alargamento do horizonte de conhecimentos de uma disciplina científica como a Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, consideram-se globalmente adquiridas as competências de Mestre.

CONCLUSÃO

O presente capítulo retrata o final de um processo que possibilitou a apresentação do projeto de intervenção intitulado *“Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no autocuidado – contexto domiciliário”*.

Pretende demonstrar os contributos para o futuro na área da enfermagem de reabilitação, desejando dar resposta aos objetivos a que a mestranda se propôs a alcançar, procurando a aquisição de competências específicas de mestre e de EEER.

O número de pessoas em situação de dependência com idade superior a 65 anos é cada vez uma realidade mais presente nos dias da nossa sociedade, devido ao aumento do número de pessoas com doença doenças do foro neurológico associado ao envelhecimento populacional que se verifica no nosso país. Há uma perda de capacidade para execução dos seus autocuidados, resultado dos défices de funcionalidade. Assim, a Enfermagem de Reabilitação surge como o elemento de suporte na comunidade, contribuindo de forma evidente para ganhos em saúde nas pessoas dependentes no autocuidado.

Os cuidados de saúde prestados pelas equipas de ECCL, privilegiam a proximidade entre os profissionais de saúde, pessoa, família e cuidadores informais, pois são estes os principais prestadores de cuidados no domicílio. Ao enfermeiro compete o conhecimento do perfil dos cuidadores informais, assim como das suas dificuldades e expetativas, relativamente aos cuidados que presta. É essencial consolidar uma parceria com a família e cuidadores informais, capacitando, valorizando e dando-lhes suporte na prestação de cuidados. É fundamental capacitar também a pessoa e a sua família sobre como lidar com as situações de doença e dependência, com as quais se deparam e que são potencialmente geradoras de conflitos e tensões, a fim de contribuir para a qualidade de vida da pessoa cuidada, familiar cuidador e família no domicílio (Rocha *et al.*, 2008).

Analisando o trabalho produzido, considera-se que o plano de intervenção implementado foi de encontro aos objetivos do mesmo, conseguindo-se identificar os principais ganhos da intervenção do EEER tendo por base o modelo do autocuidado de Orem (2001). Permitiu também, adquirir e aprofundar competências e capacidades na prestação de cuidados de reabilitação definindo os principais ganhos obtidos através da aplicação da estratégia de intervenção.

Os resultados obtidos através da estratégia de intervenção adotada demonstraram os ganhos funcionais e em saúde associados à intervenção do EEER nas pessoas com alterações do foro neurológico alvo da intervenção da equipa de ECCL. Foi utilizada a ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) e o índice de Barthel (2011) como principais instrumentos de recolha de dados.

Realizando uma análise aos dados expostos, constata-se que todas as pessoas submetidas à intervenção do EEER, apresentaram um aumento do seu score geral da funcionalidade e uma diminuição da sua dependência nas AVD, levando a um aumento da sua qualidade de vida.

A análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura (RSL) aponta no mesmo sentido, revelando a clara influência destes profissionais na melhoria das condições de vida das pessoas com estas características.

Desta forma, considera-se que foram alcançados os objetivos propostos inicialmente uma vez que foi realizada a contextualização da problemática identificada, recorrendo a melhor evidência científica o mais atualizada possível, foi apresentada e contextualizada a estratégia de intervenção profissional visando sempre a aquisição de competências. Os resultados demonstram que *praxis* da Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental na rotina diária da pessoa com alterações neurológicas e nos seus cuidadores. O EEER deve procurar dar resposta as necessidades da pessoa e encaminhá-lo aos recursos existentes na comunidade onde está inserido.

Em relação as limitações do estudo, pode-se salientar que o número reduzido de estudos de caso não nos permitiu obter uma elevada representatividade, não sendo assim possível generalizar os resultados obtidos para a maioria da população.

Todo o percurso de aprendizagem trouxe a mestrandia princípios coerentes e bem fundamentados que estarão sempre presentes ao longo do futuro percurso profissional. Neste caminho de aprendizagem, as reflexões realizadas com os enfermeiros supervisores foram essenciais para o desenvolvimento das competências no âmbito da especialização, promovendo uma reflexão permanente de saberes para a prática baseada na evidência, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e definir planos de intervenção de forma fundamentada.

Pelo exposto, o presente relatório reflete os contributos importantes que a Enfermagem de Reabilitação traz as pessoas com alterações do foro neurológico, mostrando o impacto positivo que a ação do EEER tem na vida das pessoas, melhorando significativamente as suas condições de dependência.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, F. (2012), O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários (Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola superior de enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- Asiri, F. Y., Marchetti, G. F., Ellis, J. L., Otis, L., Sparto, P. J., Watzlaf, V., & Whitney, S. L. (2014). Predictors of functional and gait outcomes for persons poststroke undergoing home-based rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1856-1864.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2008). Cuidar de Famílias com um idoso dependente por AVC: Do Hospital à Comunidade – Um Desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-51. Disponível em: [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=;](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=)
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto de 2019. Diário da República 1ª série, n.º 151, 3-40. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/123815982>
- Azenha, S. (2014). Internamento e Tratamentos Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental – Estudo das Atitudes Éticas. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Doutor em Bioética. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18579>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.
- Bobath, K. (1984) Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral. 2.ed. São Paulo: Manole.
- Borges, A., (2018). Estimulação cognitivo-sensorial em idosos de uma IPSS. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0450.pdf>
- Braga, A. O. M. & Silva, E. A. (2017, janeiro-junho). Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de enfermagem. *Revista pró-universus*, 08 (1): 08 - 11. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/690>
- Brito, A. (2013). *A Reconstrução da Autonomia após um Evento Gerador de Dependência no Autocuidado – Uma Teoria Explicativa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Portugal;

- Brummel, N., Jackson, J., Girard, T., [et al].: A combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: the activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Physical Therapy* 92(12), 1580-1592 (2012);
- Caldas, A. (2018). Prática e efetividade da enfermagem de reabilitação: contributos da osteopatia (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
- Callixte, K.-T., Clet, T. B., Jacques, D., Faustin, Y., François, D. J., & Maturin, T.-T. (2015). The pattern of neurological diseases in elderly people in outpatient consultations in Sub-Saharan Africa. *BMC Research Notes*, 8, 159. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1116-x>
- Cavalcante, T., Moreira, R., Gudes, N., Araujo, T., Lopes, M., Damasceno, M., Lima, F., (2018). Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a31.pdf>
- Coelho, C., Barros, H. e Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures, Lusodidacta;
- Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- De Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., Hafsteinsdottir, T. B., & Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3274-3290.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Diário da República I Série – A, n.º 205. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei nº 101/ 2006 de 6 de junho (2006). Diário da República I Série – A, n.º 109. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>
- Delisa, J. Gans, B. (2002) - Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática. 3ª edição. S. Paulo: Editora Manole
- Direção-Geral de Saúde. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. In Direção-Geral de Saúde: Vol. 054/2011.

- Diário da República n.º 231/2012 de 29 de novembro (2012). Diário da República 1º Suplemento, Série I. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/603767/details/normal?q=+Portaria+n.%C2%BA%20394-B%2F2012>
- Diário da República n.º 2/2001 de 03 de janeiro (2001). Diário da República Série I-A. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>
- Diário da República n.º 38/2008 de 22 de fevereiro (2008). Diário da República Série I. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Diário da República n.º 151/2019 de 8 de agosto (2019). Diário da República Série I. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/123815980/details/maximized?serie=I>
- Diogo, M. (2000, janeiro). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Revista Latino Ame-ricana de Enfermagem. Nº1 (Volume 8), 75-81. Doi <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000100011>
- Direção-Geral de Saúde. (2016). Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Rede de Referência Hospitalar de Neurologia. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/03/RRH-Neurologia-aprovada-26-03-2018.pdf>
- Encarnado, C. (2018). Capacitação do autocuidado, higiene na pessoa com compromisso da mobilidade. (Tese de Mestrado). Universidade de Évora, Portugal.
- Faria, J., Machala, C., Dias, Marcos Dias, J. (2003). Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102461>
- Farias N, Buchalla C. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. Bras. Epidemiol. 2005;8(2):187-93.
- Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. Évora, Portugal: Universidade de Évora.
- Fonseca, C. & Lopes M. (2014). Modelo Do Autocuidado Para Pessoas Com 65 E Mais Anos De Idade, Necessidades De Cuidados De Enfermagem. (Dissertação De Doutoramento Em Enfer-magem). Universidade De Lisboa, Portugal;

- Fortin, M., Côte, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.
- Gomes, B., (2006). Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. In Scielo. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010407072006000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Hesbeen, W. (2008). A reabilitação: criar novos caminhos. Loures, Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados esperados (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Instituto da Segurança Social (2019). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In *Segurança Social*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Kumakura, A. R. de S., Bezutti, L. M., Silva, J. L. G., & Gasparino, R. C. (2019). Functional and self-care capacity of people with multiple sclerosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3068.3183>
- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. S. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 198–202.
- Levy J, Oliveira ASB. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu; 2003. p.15-301
- Lima, K., Figueiredo, K., Guerra, R., (2007). Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 408- 413. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/viewFile/4111/3471>
- Lista, A. (2018). Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade (Tese de Mestrado). Universidade de Évora, Portugal.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (2), 13–16. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Intervenção.pdf>

- Loft, M. I., Poulsen, I., Martinsen, B., Mathiesen, L. L., Iversen, H. K., & Esbensen, B. A. (2019). Strengthening nursing role and functions in stroke rehabilitation 24/7: A mixed-methods study assessing the feasibility and acceptability of an educational intervention programme. *Nursing open*, 6 (1), 162-174.
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Maia, A., (2014). A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da transição para o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Martins, P. (2015). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação face à pessoa com alteração da deglutição, em situação de AVC, promotora da independência na atividade de vida comer e beber.
- Martins, T.& Rocha, M. (2016).1. Autocuidado- Foco central para a prática de enfermagem. In Morim,A.; Gomes,B.; Martins,C.; Araújo,F.; Bastos,F.; Petronilho,F.; Brito,M.; Rocha,M.; Lumini,M.; Peixoto,M; Martins,M.; Sousa,M.; Moura,N.; Machado,P.; Freire,R.; Soares,S.; Martins,T., A pessoa dependente & o familiar cuidador (1ª edição – pp.13-28).Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British journal of nursing*, 19(16), 1033-1038.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Ministério da Saúde [MS] (2008) Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 38, 1182-1189
- Missão para os cuidados de saúde primários (2007). A equipa de cuidados continuados integrados- Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>
- Nascimento, V. (2019). Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com défice no autocuidado e em processo cirúrgico (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Setubal, Portugal.

- Nicolson, P. J., Bennell, K. L., Dobson, F. L., Ginckel, A. V., Holden, M. A., & Hinman, R. S. (2017). Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/or hip/knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em Enfermagem*. Recuperado a 12 de Agosto de 2018 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico (inserido no Estatuto da OE como anexo pela lei nº 111/2009 de 16 de setembro 2009).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroaoDocumental_EER.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boas Prática - Reabilitação Respiratória (1ª série No. 10). In *Cadernos OE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Promovendo qualidade de vida após AVC; Um guia para Fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation*. Bangkok; Consultado em 22 de fevereiro de 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352?mode=full>
- Pereira, J., (2012). Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos. In RCAAP. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9340/1/Compet%C3%A2ncias%20do%20enfermeiro%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20com%20doentes%20dependentes%20no%20autocuidado%20em%20cuidados%20int.pdf>

- Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing*, 10(1), 17-40.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado-conceito central da enfermagem. (1ª edição). Coimbra, Portugal: Formasau
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. da C., Machado, D. M. F. C., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Pereira, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 39–48.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2009). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(4), 737-754.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), 25–36. doi: 10.12707/RIII12162.
- Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61 (6), 801-8. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>
- Sant'Anna, D., De Almeida, V., Petito, E. e Gutiérrez, M. (2010). Adesão à Prática de Exercícios para Reabilitação Funcional de Mulheres com Câncer de Mama: Revisão de Literatura. *Ciência y enfermería*, 16(1), 97-104, 97-104. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_11.pdf
- Santos, S., Lopes, M., Vidal, D., Gautério, D. (2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. In Scielo. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500021&script=sci_arttext.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora
- Silva, A., Sousa, K., Araújo, T. (2017). Relato de experiência sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na teoria de orem. *Revista de Enfermagem da*

REUFSM. Nº 4 (Volume 7), 725-735. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22076>

- Silva, I., de Fátima Vieira Oliveira, M., Dias da Silva, S. É., Isse Polaro, S. H., Radünz, V., Atherino dos Santos, E. K., & de Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43(3), 690–695. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- Schujmann, D., Lunardi, A. e Fu, C. (2018). Progressive Mobility Program and Technology to Increase the Level of Physical Activity and its Benefits in Respiratory, Muscular System, and Functionality of ICU Patients: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 19(274), 1-10. Doi: 10.1186/s13063-018-2641-4;
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. doi:10.1080/110381200300008724
- Theofanidis, D., & Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 144-151.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação neurológica*. (5ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier
- Varanda E. & Rodrigues C. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 215-225
- Vieira, C., Amaral, T. & Sousa, P. (2016). Contributos para um envelhecimento ativo. In Vieira, C.; Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de*
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and applications: Design and Methods* (6ª edition). Los Angeles: Sage
- Yosef-Brauner, O., Adi, N., Shahar, T., Yehezkel, E., Carmeli, E.: Effect of physical therapy on muscle strength, respiratory muscles and functional parameters in patients with intensive care unit-acquired weakness. *The Clinical Respiratory Journal* 9(1), 1-6 (2015);
- Kisner, C. e Colby, L. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. (6ª ed). São Paulo, Brasil: Editora Malone.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- CONSENTIMENTO INFORMADO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE

No âmbito do projeto *"Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoa com alterações neurológicas, dependente no auto-cuidado – contexto domiciliário"*, confirmo que expliquei todos os procedimentos inerentes ao projeto, de forma clara e inteligível tendo assegurado que os cuidados serão prestados durante os cuidados normalmente prestados à pessoa, não havendo contacto ou colheita de informações noutro ambiente fora do âmbito do projeto. Confirmo que respondi a todas as questões e dúvidas colocadas pela mesma, tendo-me assegurado que houve um período de reflexão antes da tomada de decisão. Confirmo que foi assegurado que caso esta recuse a participação no projeto, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, assim como o respeito pelos seus direitos.

Nome do Profissional de Saúde _____

Data ____/____/____

Nº Cédula Profissional _____

Eu _____, declaro ter sido informado e esclarecido de todas as minhas dúvidas acerca dos objetivos do projeto em que aceito participar, tendo-me sido dada a oportunidade de realizar todas as questões que achei pertinentes e tendo tido a oportunidade para refletir sobre a proposta. Aceito, desta forma os métodos utilizados, sabendo que tenho total liberdade para interromper a participação do mesmo a qualquer altura, se for essa a minha vontade. Autorizo, a utilização dos meus dados, apenas para fins educacionais/científicos, salvaguardando sempre a minha privacidade e confidencialidade na partilha dos mesmos. Estes dados que serão colhidos fazem parte daqueles que são habitualmente colhidos durante os cuidados que me são prestados, não havendo contacto ou colheita de informação em ambiente extra-comunidade e fora dos cuidados habituais.

Assinatura _____ Data ____/____/____

No caso de a pessoa não poder assinar, deve ser entregue este documento ao seu Representante Legal, sendo ele o responsável pela autorização para a participação no estudo.

Assinatura do Representante Legal _____

Data ____/____/____

O presente consentimento informado tem sempre um duplicado em que uma via é para a investigadora e outra para quem consente.

ANEXOS

ANEXO I- DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DA RSL PARA PUBLICAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO

ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

O Conselho Editorial da Revista Journal of Agind and Innovation (JAI), com o ISSN:(Em linha) ISSN 2182-696X / (Impresso) ISSN 2182-6951, declara que após o Processo de Revisão por Pares, aceitou para publicação na Edição de Dezembro de 2020, v. 3, n. 3 (2020), o artigo sob o título “Enfermagem de Reabilitação e o utente com alterações neurológicas- contexto domiciliário”.

Sendo autores: Andreia Duarte, Enfermeira na UCCI Manuel Fanha Vieira, Entroncamento, Portugal, Mestranda da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre; Juliano Branco, Enfermeiro na UCC Chamusca-Golegã, Chamusca, Portugal, Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

01 de setembro de 2020

**P' Presidente do Conselho Editorial da
Revista Journal of Agind and Innovation**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Vitor Santos', is written over a horizontal line. Below the line, the name 'MESTRE VITOR SANTOS' is printed in black capital letters.

MESTRE VITOR SANTOS